UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

RENATA ALESSANDRA EVANGELISTA

**“AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DAS
MULHERES QUE APRESENTAM CEFALÉIA”**

RIBEIRÃO PRETO

2007

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

RENATA ALESSANDRA EVANGELISTA

**“AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DAS
MULHERES QUE APRESENTAM CEFALÉIA”**

RIBEIRÃO PRETO

2007

RENATA ALESSANDRA EVANGELISTA

**“AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DAS
MULHERES QUE APRESENTAM CEFALÉIA”**

Tese apresentada ao Programa
Interunidades de Doutorado em
Enfermagem da Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São
Paulo para a obtenção do título de Doutor
em Enfermagem

Área de concentração: Enfermagem

Linha de Pesquisa: Fundamentos Teóricos e
Filosóficos do Cuidar

Orientador: Profa. Dra. Fátima Aparecida Emm
Faleiros Sousa

RIBEIRÃO PRETO

2007

FICHA CATALOGRÁFICA

Evangelista, Renata Alessandra

Avaliação da qualidade de vida das mulheres que apresentam cefaléia. Ribeirão Preto, 2007.

123 p.: il; 30 cm

Tese de Doutorado apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Área de Concentração: Enfermagem.

Orientador: Faleiros Sousa, Fátima Aparecida Emm.

1. Qualidade de vida. 2. Cefaléia. 3. Mulheres. 4. Escala de categorias. 5. SF-36

FOLHA DE APROVAÇÃO

Renata Alessandra Evangelista

Avaliação da qualidade de vida das mulheres que apresentam cefaléia

Tese apresentada ao Programa Interunidades de
Doutoramento em Enfermagem da Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção
do título de Doutor em Enfermagem.

Area de Concentração: Enfermagem

Aprovado em: _____/_____/_____

Banca Examinadora

Profa. Dra. Fátima Ap. Emm Faleiros Sousa

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto /USP

Assinatura: _____

Prof.

Dr.: _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof.

Dr.: _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof.

Dr.: _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof.

Dr.: _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

“Ando devagar porque já tive pressa

*E levo esse sorriso porque já chorei
demais*

*Hoje me sinto mais forte, mais feliz,
quem sabe*

*Eu só levo a certeza de que muito pouco
eu sei*

E nada sei...”

Almir Sater

DEDICATÓRIA

Aos meus filhos, **Ana Carolina, Pedro Vital e Arthur**, que foram um incentivo nesta longa jornada.

Aos meus pais, **Samuel e Josefa**, que foram responsáveis por minha caminhada, oferecendo estrutura para que eu pudesse caminhar com sabedoria, dignidade, humildade, responsabilidade e amor.

Ao meu querido companheiro **Alexandre Bueno**, por sua existência em minha vida, pelo carinho, companhia e compreensão todos esses anos.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

A Prof^a Dr^a Fatima Aparecida Emm Faleiros Sousa, por acompanhar-me durante toda a trajetória da graduação e pós-graduação, prestando sua inestimável contribuição nesse caminhar. Obrigado pelo estímulo constante, pelos ensinamentos e pela amizade.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar minha profunda gratidão às varias pessoas que de uma forma ou de outra contribuíram para a realização desse trabalho. Seria impossível mencionar a todas, entretanto, estou especialmente grato:

A Deus por estar sempre presente em minha vida, iluminando meu caminho.

Ao Prof^o Dr^o Ricardo, por aceitar a participar desta banca, pela atenção oferecida, pelas ilustres contribuições na finalização deste trabalho.

À Prof^a Dr^a Lilian, pelo carinho e atenção oferecidos na análise deste trabalho, pelas importantes contribuições na finalização deste.

À Prof^a Dr^a Marli Mamede, pelo carinho e atenção, pelos conselhos e incentivos para continuar nesta jornada.

Ao Prof^o Dr^o Vanderlei, pelas discussões estatísticas, tão importantes para meu aprendizado e formação.

As mulheres que participaram como sujeito da pesquisa, pela disponibilidade em participar do estudo.

Aos meus irmãos e irmãs, cunhados, cunhadas, sobrinhos e sobrinhas, pelo carinho e apoio.

As amigas conquistadas no laboratório de Psicofísica Clínica, Priscila Hortense, Erica, Débora, pelos anos de convivência e trabalho.

Ao Dirceu Deocleciano Pacheco diretor da Faculdade de Ciências da Saúde (FACISA), do Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM), pela oportunidade oferecida de ministrar aulas nesta instituição tão bem dirigido por ele, por sempre nos fazer pensar as nossas práticas docentes, por nos incentivar e apoiar nesta difícil tarefa de ensinar.

A Fundação Educacional de Patos de Minas (FEPAM), pela subvenção desse estudo.

Aos colegas de coordenação de curso e professores, Adriana Alvares, Karyna Locatelli, Gilson, Fabiana Batistucci, Roane Faria, Roberto Lira, Isa Ribeiro, Noemi Portilho, Maria Lúcia, Luis Henrique, Luis Fernando, Henrique Carivaldo, Maria Valéria, Odilene Gonçalves, Vanessa Tolentino, dentre outros, pelo apoio e convívio em todos estes anos, nos quais dividimos experiências e discussões importantes para a melhoria da formação de nossos alunos.

Ao meu grande amigo Prof^o Dr^o Paulo, por sua amizade, por sua cumplicidade, pelo apoio, pelos momentos de alegria e de discussões enriquecedoras que passamos juntos, por me fazer conhecer a verdadeira amizade.

Às amigas Adriana Inocenti e Elaine Rangel, pelo prazer de compartilhar momentos ao lado de vocês, pela alegria contagiante e raros encontros.

As minhas alunas, “enfermeiras” Adriana Santana, Luiza, Camila Barbosa, Flavinha, Rita de Cássia, Maiara, que apesar das dificuldades que encontramos em compartilhar esta amizade, o eterno carinho que sentimos demonstrados a cada vez que sabemos que a outra está bem e feliz, vale qualquer sacrifício.

Aos funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, funcionários da secretaria da Pós-Graduação, do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada, da Sala de Leitura, da Portaria, por todos esses anos de apoio aos alunos, possibilitando alívio em muitas horas de desespero.

OBRIGADA!!!!

RESUMO

Evangelista, R.A. **Avaliação da qualidade de vida das mulheres que apresentam cefaléia.** 2007.123 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto SP, 2007.

Nas últimas décadas, as doenças crônicas têm desempenhado um importante papel na morbimortalidade da população mundial atingindo não só a população idosa, mas também jovens em idade produtiva e principalmente mulheres. Dentre as doenças a cefaléia tem sido considerada uma das principais causas de doença do indivíduo adulto em todo o mundo industrializado e na maioria dos países em fase de desenvolvimento, principalmente, nos grandes centros urbanos, como uma doença crônica. A alta prevalência da doença tem se tornado um grande problema de saúde pública afetando milhares de pessoas e, conseqüentemente, a Qualidade de Vida dessa população. O presente estudo é do tipo transversal com objetivo geral de avaliar a prevalência da cefaléia nas mulheres de uma Instituição de Ensino Superior e a qualidade de vida relacionada à saúde das mesmas de um município do estado de Minas Gerais, no ano de 2006, segundo o Instrumento genérico de avaliação de QVRS, SF-36. A coleta de dados foi realizada junto a mulheres no período entre setembro e dezembro de 2006. Considerando os critérios de exclusão, 150 mulheres foram selecionados para participarem deste estudo, destas 72 faziam parte do grupo de Migrânea, 30 faziam parte do grupo Cefaléia Tensional e 48 não apresentaram cefaléia nos últimos 06 meses. Os resultados relacionados às variáveis aspectos clínicos da dor e impacto (frequência das crises, intensidade da dor, sintomas associados às crises de dor) nos grupos que apresentavam migrânea e cefaléia tensional foram apresentados e discutidos. Os descritores de maior atribuição relatados pelas mulheres que apresentam migrânea foram alucinante fulminante, insuportável e os de menor atribuição foram aniquiladora, colossal e brutal. Para as mulheres que apresentavam cefaléia tensional os descritores de maior atribuição foram dilacerante, desumana, terrível, e os de menor atribuição foram desgraçada, apavorante e pavorosa. Os

escores padronizados do instrumento SF-36, segundo seus domínios foram apresentados e discutidos segundo os quartis, valores máximos e mínimos e representados por meio de tabelas. Adicionalmente, valores médios e respectivos desvios-padrão foram apresentados. A consistência interna do instrumento foi verificada por meio dos valores de alfa de Cronbach entre os domínios da escala. O programa estatístico SPSS, versão 12.1 para Windows foi utilizado. Entre as mulheres investigadas, idade média igual a 24,5 anos, com desvio-padrão de 8,21 anos, para o grupo Migrânea e idade média igual a 33,5 anos, com desvio-padrão de 9,2 anos, para o grupo Cefaléia Tensional. Em relação às propriedades de medida do SF-36, foi obtido um valor para alfa de Cronbach igual a 0,92, mostrando que houve consistência nas respostas dos indivíduos às questões. Tal resultado pôde ser verificado, também, para cada um dos domínios do SF-36, com valor mínimo para o alfa de Cronbach igual a 0,49 e máximo igual a 0,91. O grupo estudado apresentou um maior comprometimento nos domínios Vitalidade, Dor, Saúde Mental e Aspectos Físicos.

Palavras-chaves: qualidade de vida, cefaléia. Mulheres, escala de categorias, SF-36

ABSTRACT

Evangelista, R.A. **Evaluation of the quality of life of the women who present chronic headache.** 2007, 123 f. Thesis (Doctoral) – Ribeirão Preto Nursing School, University of São Paulo, Ribeirão Preto SP, 2007.

In recent decades, chronic diseases have played an important role in global morbidity and mortality rates, affecting not only the aged population, but also young people in the productive age group. Amongst the illnesses the chronic headache has been considered one of the main causes of illness of the adult individual in industrialized the whole world and the majority of the countries in development phase, mainly, in the great urban centers, as a chronic illness. The high prevalence of the illness if has become a great problem of public health affecting thousand of people and, consequently, the Quality of Life of this population. The present study it is of the transversal type with general objective to evaluate the prevalence of the chronic headache in the women of an Institution of Superior Education and the quality of life related to the health of the same ones of a city of the state of Minas Gerais, in the year of 2006, according to generic Instrument of QVRS evaluation, SF-36. The collection of data was carried through next to women in the period between September and December of 2006. Considering the exclusion criteria, 150 women had been selected to participate of this study, of these 72 were part of the group of Migrânea, 30 were part of the group Tensional Chronic headache and 48 had not presented chronic headache in last the 06 months. The results related to the changeable clinical aspects of pain and impact (frequency of the crises, intensity of pain, symptoms associates to the pain crises) in the groups that presented migraine and tensional chronic headache had been presented and argued. The describers of bigger attribution told by the women who present migraine had been alucinante sudden, insuportável and of lesser attribution they had been aniquiliadora, colossal and brutal. For the women who presented tensional chronic headache the describers of bigger attribution had been dilacerante, desumana, terrible, and of lesser attribution they had been poor fellow, appalling and dreadful. You prop up them standardized of instrument SF-36, according to its dominious had been presented and argued according to quartiles, maximum and minimum and represented values by means of tables. Additionally, average and respective values shunting line-standard had been presented. The internal consistency of the instrument was verified by means of

the values of alpha of Cronbach enters the dominious of the scale. The statistical program SPSS, version 12.1 for Windows was used. Between the investigated women, equal average age the 24,5 years, with shunting line-standard of 8,21 years, for the Migrânea group and equal average age the 33,5 years, with shunting line-standard of 9,2 years, for the group Tensional Chronic headache. We obtained a Cronbachs alpha of 0.92 for the measurement properties of SF-36, which revealed consistency between the individuals answers to the questions. We obtained a Cronbachs alpha of 0.92 for the measurement properties of SF-36, which revealed consistency between the individuals answers to the questions. Vitality, Pain, Mental Health and Physical Aspects

Key words: quality of life, chronic headache. Women, scale of categories, SF-36

RESUMEN

Evangelista, R. A. **Evaluación de la calidad de vida de las mujeres que presentan cefalea.** 2007.123 f. Tese (Doctoramiento) – Escuela Enfermería de “Ribeirão Preto”, Universidad de San Pablo, Ribeirão Preto, 2007.

En las últimas décadas, las enfermedades crónicas han desarrollado un importante rol en la morbimortalidad de la población mundial llegando no sólo a los mayores, sino también a los jóvenes en edad productiva y, sobretudo, mujeres. Entre las enfermedades, la cefalea ha sido considerada una de las principales causas de enfermedad del individuo adulto en todo el mundo industrializado y en la mayoría de los países en desarrollo, principalmente, en los grandes centros urbanos, como una enfermedad crónica. El alta prevalencia de la enfermedad se ha vuelto un gran problema de salud pública, afectando a millares de personas y, en consecuencia, la calidad de vida de esa población. Esta investigación es de tipo transversal con el objetivo general de evaluar la prevalencia de cefalea en las mujeres de una institución de educación superior y la calidad de vida relacionada a la salud de las mismas, de una ciudad de la provincia de Minas Gerais, en el año 2006, de acuerdo el instrumento genérico de evaluación QVRS, SF-36. La colecta de los datos fue realizada junto a mujeres en el período de septiembre a diciembre de 2006. Considerando los criterios de exclusión, 150 mujeres fueron seleccionadas para participar de esta investigación, de estas 72 componían el grupo de Migraña, 30 del grupo Cefalea Tensional y 48 no presentaron cefalea en los últimos 06 meses. Los resultados relacionados a las variables aspectos clínicos del dolor e impacto (frecuencia de crisis, intensidad del dolor, síntomas asociados a las crisis de dolor) en los grupos que no presentaban migraña y cefalea tensional fueron presentados y discutidos. Los descriptores de más atribución relatados por las mujeres que presentan migraña fueron alucinante fulminante, insoportable y los de menos atribución fueron aniquiladora, colosal y brutal. Para las mujeres que presentaban cefalea tensional los descriptores de más atribución fueron dilacerante, deshumana, terrible y los de menos atribución fueron desgraciada, aterrante y pavorosa. Los escores padronizados del instrumento SF-36, según los dominios fueron presentados y discutidos de acuerdo con los cuartiles, valores máximos y mínimos y representados a través de las tablas. Adicionalmente, valores medios y respectivos desvíos patrón fueron presentados. La consistencia interna del instrumento fue averiguada a través de los valores de alfa de Cronbach entre los dominios de la escala. El

software estadístico SPSS, versión 12.1 para Windows fue utilizado. Entre las mujeres investigadas, edad media igual a 24,5 años, con desvío patrón de 8,21 años, para el grupo Migraña y edad media igual a 33,5 años, con desvío patrón de 9,2 años, para el grupo Cefalea Tensional. En relación a las propiedades de medida de SF-36, fue obtenido un valor para alfa de Cronbach igual a 0,92, señalando que hubo consistencia en las respuesta de los individuos a las cuestiones. Este resultado puede ser comprobado, también, para cada uno de los dominios de SF-36, con valor mínimo para el alfa de Cronbach igual a 0,49 y máximo igual a 0,91. El grupo estudiado presentó un mayor comprometimiento en los dominios Vitalidad, Dolor, Salud Mental y Aspectos Físicos.

Palabras-claves: calidad de la vida, dolor de cabeza crónico. Mujeres, escala de las categorías, SF-36

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	01
1.1 A migrânea em sua perspectiva histórica	05
1.2 Aspectos teóricos e conceituais	07
1.2.1 Importância da migrânea – impacto econômico	11
1.2.2. Migrânea e gênero	14
1.3 Qualidade de vida	21
1.3.1 Estudos em qualidade de vida relacionada à saúde	23
1.3.2 Instrumentos utilizados na mensuração da qualidade de vida	25
1.3.3 Instrumentos específicos de avaliação da qualidade de vida relacionada à cefaléia	29
2.OBJETIVOS	30
3.METODOLOGIA	32
3.1 Tipo de estudo	33
3.2 Período e local	34
3.3 População e amostra	37
3.3.1 Critérios de Inclusão e Exclusão	38
3.2.2. Procedimentos de Coleta de dados	39
3.5 Análise dos dados	41
3.6 Considerações Éticas do Estudo	42
4.RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
4.1 Diagnóstico da cefaléia	44
4.1.1 Grupo Migrânea	46
4.1.1.1 Frequência das crises de dor	47

4.1.1.2 Intensidade da dor (escala de 1 a 10)	48
4.1.1.3 Sintomas associados às crises de dor	48
4.1.1.4 Impacto da dor (escala 0 a 10) nas atividades diárias	50
4.1.1.5 Impacto da dor (escala de 0 a 10) nas atividades de lazer, sociais e familiares nos últimos seis meses	51
4.1.1.6 Impacto da dor (escala de 0 a 10) na capacidade de trabalhar nos últimos 6 meses	52
4.1.2 Grupo de Cefaléia Tensional	53
4.1.2.1 Frequência das crises de dor	54
4.2.2.2 Intensidade da dor (escala de 1 a 10)	55
4.2.2.3 Sintomas associados às crises de dor	55
4.2.2.4 Impacto da dor (escala 0 a 10) nas atividades diárias	56
4.2.2.5 Impacto da dor (escala de 0 a 10) nas atividades de lazer, sociais e familiares nos últimos seis meses	57
4.2.2.6 Impacto da dor (escala de 0 a 10) na capacidade de trabalhar nos últimos 6 meses	58
4.1.3 Grupo ausência de cefaléia	59
4.2 Caracterização dos descritores da dor	61
4.3 Variáveis da Qualidade de Vida	65
4.3.1 Vitalidade	66
4.3.2. Aspectos sociais	67
4.3.3 Dor	68
4.3.4 Saúde Mental	69
4.3.5 Estado Geral da Saúde	70
4.3.6 Aspectos físicos	71
4.3.7 Aspectos Emocionais	73

4.3.8 Capacidade funcional	74
5. CONCLUSÕES	75
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
6. REFERÊNCIAS	80
7. ANEXOS	89

1. Introdução

Desde os primórdios da civilização, o homem tem se preocupado com o sintoma da *dor de cabeça* e tem procurado formas de evitar ou eliminá-la. Sua importância, já ressaltada em textos assírios e babilônicos, foi definitivamente assinalada na literatura “médica” quando Hipócrates descreveu pela primeira vez um caso de enxaqueca.

Cefaléia é um sintoma freqüentemente encontrado na prática clínica. Representando a queixa mais comum num ambulatório médico, onde estima-se que a sua prevalência sugere que 80% da população irão sofrer de dor de cabeça numa dada fase da vida.

Estudos epidemiológicos de cefaléia têm sido realizados com intuito de reconhecer e aprimorar suas características, para um melhor entendimento fisiopatológico. (ZÉTOLA, *et al* 1998)

A alta prevalência da cefaléia é demonstrada por vários estudos mundiais. Segundo RASMUSSEN (1995), estima-se que 76% das mulheres e 57% dos homens pelo menos tenham um episódio de cefaléia por mês. BASTOS

et al (1993) observaram na população urbana da cidade de Salvador que 14,8% dos indivíduos queixavam-se de cefaléia. BAREA *et al.* (1996) avaliaram 538 estudantes de 10 a 18 anos de idades na cidade de Porto Alegre e obteve como resultado que 82,9% deles referiam cefaléia no último ano, 31,4% na última semana e 8,9% nas últimas 24 horas.

A enxaqueca ou migrânea é condição que varia amplamente tanto em sua intensidade global como na intensidade de cada crise. Sabe-se que a prevalência ao longo da vida, na população norte-americana, encontra-se acima de 90%. Além disso, estudos que demonstram aumento de até 60% na prevalência atual de cefaléia (OLESEN, 1994; BIGAL, 2001). Estima-se que pelo menos 3% a 6% dos homens e 13% a 18% das mulheres apresentam migrânea. (SILBERTEIN, 1996; BRESLAU, 1993)

STEWART *et al* (1992) conduziram o “American Migraine Study”, onde foram enviados 15000 questionários para os lares da população americana, obtendo como amostra final de 20468 migranosos, sendo excluídos aqueles com cefaléia diária. Observou-se uma prevalência global de 12% de migrânea (17,6% das mulheres e 5,7% dos homens).

HENRY *et al* (1992), em estudo na França, encontraram uma prevalência de migrânea nas 833 pessoas entrevistadas, sendo 11% nas mulheres e 4% nos homens (SILVA JUNIOR, 2001).

As crises variam na intensidade da dor, nos sintomas associados e na frequência das crises. Entre os sintomas acompanhantes, náuseas, vômitos, visão turva e foto e/ou fonofobia são mais comuns nas mulheres, ao passo que nos homens auras visuais e somato-sensitivas são mais comuns. (ZETOLA *et al*, 1998)

A sintomatologia varia ao longo do tempo. A consistência dos sintomas foi avaliada em um estudo de dois anos nos Estados Unidos, onde os sintomas mais consistentes (os pacientes continuam apresentando após dois anos) são dor hemicraniana (75%), caráter latejante (72%), e fotofobia (65%). (ZETOLA *et al*, 1998).

Em estudo nacional na França (apud ZÉTOLA *et al*, 1998), pesquisadores encontraram a seguinte distribuição de frequência de crises: menos de 1/mês: 17%; 1/mês: 32%; 2 a 4 /mês: 40%; mais de 1/semana: 10%. Encontraram também a seguinte distribuição de duração de crises: 2 a 4 hs: 25%; 6 a 12 hs: 12%; 4 a 6 hs: 19%; cerca de 1 dia: 24% e 2 a 3 dias: 15%. Quanto à intensidade da dor: intensa ou muito intensa: 58 a 85% dos pacientes. As mulheres de maneira consistente relataram seus ataques como mais intensos que os homens; também as mulheres costumam ter maior frequência de crises.

A par da alta prevalência e sofrimento decorrente da sintomatologia da migrânea, assim como seu alto custo em termos de cuidados médicos e

absenteísmo, se olharmos para o indivíduo, que vive um conjunto único de circunstâncias, veremos que a migrânea afeta também as atividades sociais e familiares, e este acometimento pode levar a problemas no trabalho ou na escola e a uma possível deterioração educacional e no trabalho.

1.1. A MIGRÂNEA EM SUA PERSPECTIVA HISTÓRICA

A história das cefaléias é tão longa quanto à história da humanidade. Ela foi escrita ao longo dos séculos, mediante depoimentos de diversas pessoas como: matemáticos, filósofos, médicos e leigos.

O primeiro a considerar migrânea uma doença crônica e não fatal e chamar a atenção para a existência de alguns fatores precipitantes, como vinho, o frio, calor do fogo ou mesmo sol, foi Aurelius Cornelius Celsus (25-50 dC) médico do imperador Tibérius. (FILHO, 2002)

Arataeus da Capadócia (120-180 dC) foi o pioneiro na tentativa de classificar as cefaléias, e quem primeiro concebeu a migrânea como entidade

separada das outras cefaléias primárias. Ele considerou aspectos como intensidade, frequência e duração das dores de cabeça. Consta ser o primeiro a notar fonofobia e fotofobia na migrânea. (FILHO, 2002)

No século X dC, um médico nascido na Espanha, chamado Abulcasis, sugeriu para o alívio da enxaqueca aplicação de ferro quente na cabeça ou inserção de alho em uma incisão feita na têmpora.

No século XII dC. Abes Hildegard de Bigen relatou visões que podem ser uma descrição inicial dos pródomos da enxaqueca

O médico Claudius Galeno (131-201 dC), valorizava a disfunção hepática e a hipersensibilidade alimentar como fatores causais das migrânea. Descreve a migrânea nestes termos:

“... uma desordem dolorosa afetando aproximadamente metade da cabeça seja do lado direito ou esquerdo, e que se estende ao longo da sutura longitudinal...” (FILHO, 2002)

Os seguidores de Galeno diziam ser a enxaqueca provocada pela bile amarela agressiva.

Suas idéias permaneceram como lei por 15 séculos. Neste período, contestar uma de suas teorias constituía posição de desprestígio para que a assumisse.

Em 1780, Tissot sugeriu que a enxaqueca se originava no estômago devido ao estado de irritação que se irradiava para os nervos supra-orbitários e desencadeiava a crise. Sua lista de sintomas precedendo ou acompanhando um episódio incluía náusea e vômito.

No século XX teve início uma abordagem mais científica para o estudo da enxaqueca, com estudos controlados de drogas e pesquisa sistemática sobre o tema.

No Brasil, o primeiro pesquisador da cefaléia foi o Dr. Edgard Rafaelli Jr., que aos 26 anos de idade, estava cursando o terceiro ano da Faculdade de Medicina, apresentava crises de cefaléia, e não obtendo resultado satisfatório, resolveu estudar o assunto. E em 1973, a fim de aprimorar seus conhecimentos começou a freqüentar congressos na Europa e Estados Unidos, além de apresentar trabalhos científicos. A partir de então passou a integrar o grupo seletivo de especialista no assunto.

Em 1978, ele funda a Sociedade Brasileira de Cefaléias (SBCe), onde Rafaelli foi o autor das primeiras monografias sobre cefaléias (1979) e enxaquecas (1980) em nosso meio.

A partir de então, a Sociedade Brasileira de Cefaléia tem buscado aprimorar-se cada vez mais no assunto, promovendo encontros anuais, sempre

com a presença de pesquisadores de renome internacional. Conta atualmente com cerca de 250 associados e é uma das sociedades mais atuantes do Brasil.

1.2. ASPECTOS TEÓRICOS E CONCEITUAIS

A migrânea (enxaqueca) está associada predominantemente à náuseas, vômitos e fotofobia e com relativa melhora na obscuridade. O diagnóstico não difere de outras moléstias, é fácil nos casos típicos e repletos de sinais e sintomas. (SILVA JR, 2002).

A enxaqueca, assim como todos os quadros de dor crônica, mobiliza fatores psicológicos importantes. A presença do medo da próxima crise, o descontrole sobre o próprio corpo e as várias alterações cognitivas faz com que os clientes apresentem uma ansiedade antecipatória. (SILVA, JR, 2001).

O raciocínio diagnóstico baseia-se no relato do paciente com relação à dor, além da clareza de informações. Sabe-se que, ao longo do tempo, os clientes, após algumas consultas, aprendem a conhecer melhor a sua dor, deste modo, oferecem informações mais precisas aos profissionais de saúde.

A fase de sintomas premonitórios são descritos pelos pacientes como tendo surgido há horas ou dias antes da crise, como: anorexia, dificuldade de

concentração, irritabilidade, bocejos repetidos, alterações do humor, apetite ou sono. Pesquisadores avaliaram 50 pacientes que apresentavam sintomas premonitórios, destes, 17 relataram que haviam mudanças de apetite, humor e concentração antecedendo o início da dor em 1 a 24 horas. SILBERSTEIN *et al* (1998) estimaram que em torno de 60% dos migranosos apresentam fenômenos premonitórios.

Existem fatores que podem desencadear as crises, como: problemas emocionais, cansaço, excesso de atividade física, alterações do sono, jejum prolongado, chocolate, laranja, alimentos gordurosos, leite e derivados, banana, abacate, refrigerantes, bebidas alcoólicas, falta ou excesso de café, alimentos condimentados, estímulos olfatórios, visuais ou auditivos intensos, entre outros. Num estudo, realizado no Hospital das Clínicas da UFPR, pesquisadores investigaram 987 funcionários e constataram que 77,8% dos migranosos afirmaram que certos tipos de alimentos desencadeavam as crises de dor; 77%, luz forte; 74%, barulho; 73%, jejum e 79%, estresse. Dentre 768 migranosos, 41,5% identificaram os problemas emocionais como desencadeantes e 14,3 o jejum e o sono encurtado. (ZETOLA *et al*, 1998)

A dor geralmente se inicia insidiosamente, instala-se crescendo de intensidade, atinge um pico máximo e diminui lentamente (BORDINI, SILVA JR, 2001). Estudo realizado no Brasil com 45 pacientes com diagnóstico de

migrânea sem aura observou que 53% deles relataram um intervalo maior que 30 minutos entre o início da dor e o momento de intensidade máxima (BORDINI, 1995). A dor pode se instalar subitamente, iniciando-se com sua máxima intensidade, inclusive despertando o indivíduo à noite. (SILVA JR, 2001)

Em cerca de 50 a 75% dos casos, geralmente é unilateral no início e se torna difusa no desenrolar da crise (SILVA JR, 2001). O caráter pulsátil (latejante) está quase sempre presente, tornando-se mais evidente com o esforço físico. As localizações predominantes são a frontal e a temporal. A duração da crise varia entre os episódios. De modo geral dura entre 4 a 48 horas, em média 6 a 12 horas (FARIAS DA SILVA, 1998).

A maioria das medidas de frequência de migrânea em bases populacionais está representada por estudos de prevalências, cujos índices variam por diversos critérios de seleção da população. (BAREA, 1996)

Pesquisadores avaliaram a prevalência da migrânea relacionado ao sexo, idade e a sintomatologia em população de 20334 pessoas, na faixa etária de 12 –80 anos e obteve como resultado que o fator sexo é responsável por 15% da variação nas estimativas de prevalências; sexo mais idade por 30% e quando acrescentada a sintomatologia a variação de prevalência atinge os 70,6%. (STEWART *et al*, 1999)

A migrânea constitui segunda cefaléia primária mais predominante, tendo como pico de prevalência nos anos produtivos, entre 25 e 55 anos. E a preponderância feminina (relação mulher/homem) é de 2:1 aos 20 anos de idade e 3,3: 1 aos 42 anos. Mesmo após a menopausa o predomínio do sexo feminino permanece. (BAREA, 1996)

Estudos realizados por meio de entrevista telefônica com cerca de 10 mil pessoas entre 12 e 29 anos de idade nos Estados Unidos. Constataram que a incidência de migrânea foi menor no sexo masculino, e com idade mais precoce (enxaqueca *com aura* – sexo masculino: 6,6/1000 pessoas/ano, pico entre 5 e 6 anos; sexo feminino: 14,1/1000 pessoas/ano, pico entre 12 e 13 anos; enxaqueca *sem aura* – sexo masculino: 10/1000 pessoas/ano, pico entre 10 e 11 anos; sexo feminino: 18,9/1000 pessoas/ano, pico entre 14 a 17 anos. (STEWART, 1993 e BAREA, 1996)

A presença de aura na crise migranosa assusta o paciente. Ela consiste em sintomas oriundos do sistema nervoso central com duração de 5 a 20 minutos (máximo de 1 hora) e pode anteceder a dor, acompanhá-la ou surgir como manifestação isolada da crise. Podem ser sintomas visuais ou sensitivos. Pesquisadores analisaram 209 pacientes que apresentavam migrânea, deste, 82,9% relataram sintomas visuais e 4,8% sintomas visuais e sensitivos.

1.2.1. Importância da migrânea – impacto econômico

O conceito de custo de doença vem da percepção que a moléstia cria um ônus para o paciente, família e para a sociedade. A análise do custo de doença tenta padronizar e quantificar esse ônus e expressá-lo em termos monetários. (FILHO, 2002; FORTINI, 2002). O custo pode ser dividido em direto, indireto e agregado (BORDINI, 1998). Nos custos diretos incluem-se os cuidados médicos (diagnóstico, tratamento, medicamento), outros custos como transporte, equipamentos especiais. O custo agregado inclui gastos com pesquisas médicas, treinamento profissional, construções de edifícios, e administração de serviços (ROZEN, 1999; FILHO, 2002; FORTINI, 2002). Custos indiretos medem em termos de valor de produção perdida que é atribuído à enfermidade, incluindo perdas de vencimentos e estimativa do valor dos serviços domésticos. A diminuição de efetividade no trabalho também deve ser avaliada e mensurada. (ROZEN, 1999; FORTINI, 2002; SILBERSTEIN, 1998).

STANG & OSTERHAUS (1993), avaliaram o impacto da migrânea e sua repercussão sob o ponto de vista econômico, analisando os dados do “*National Health Interview Survey*”, este estudo realizado nos Estados Unidos da America,

estimaram o custo potencial da perda de produtividade relacionada à migrânea em 1,4 bilhões de dólares num ano. Além disso, os autores relataram que em torno de 10% das crianças avaliadas na amostra perdiam pelo menos um dia de aula num período de duas semanas e que os migranosos (considerando-se a população daquele país) teriam 74,2 milhões de dias com restrição de suas atividades devido às crises de enxaqueca. No Brasil, VICENT *et al* (1998) estudaram uma amostra de funcionários da Petrobras e estimaram o custo da migrânea em 52.661,28 dólares ao ano e o da cefaléia tipo tensional em 29.703,90 dólares ao ano. (SILVA JR, 2001). O significativo impacto da migrânea na sociedade, com custos diretos e indiretos foi corroborado por vários estudos (BLAU & DRUMMOND, 1991; OSTERHAUS *et al*, 1992; RASMUSSEN, *et al.*, 1992; LIPTON *et al.*, 1994; FERRARI, 1998).

Os sofrendores de dor de cabeça crônica também têm prejuízos sociais incalculáveis. A ansiedade antecipada pela possibilidade de se ter uma crise de dor leva ao hábito de se evitar assumir não apenas compromissos profissionais como também lazer, convivência familiar e viagens,

Com relação à educação, pesquisadores estudaram 1007 jovens migranosos. A maior porcentagem deles não termina o ensino médio e a menor porcentagem completa a universidade devido à migrânea. (FILHO, 2002)

Foi realizado um estudo no Canadá com relação ao absenteísmo escolar por migrânea. Encontrou-se uma média de 2,8 dias /ano. Além do mais, migranosos perdiam mais dias por outras doenças que os não migranosos, indicando que os migranosos podem ser mais vulneráveis, talvez pela ansiedade dos pais (FILHO, 2002)

Com relação ao emprego, estudos europeus mostram que os migranosos perdem em média um a quatro dias/ano de serviço devido às crises e que trabalham cerca de oito dias/ano com dor, quando têm sua capacidade reduzida em até 60%. Assim, não somente o absenteísmo como as reduções do desempenho devem ter conseqüências a longo tempo alterando as possibilidades de conquistas e diminuição da renda. (FORTINI, 2002)

Aceita-se que crises intensas levam a perdas de dias de serviço, causando uma diminuição da produtividade, ansiedade, comportamento de esquiva, limitada oportunidade de serviço, conseqüentemente, diminuição da renda e rebaixamento do *status* sócio-econômico (FILHO, 2002; FORTINI, 2002)

Von Korff (apud FORTINI, 2002) propuseram uma classificação que envolvesse a dor e a limitação imposta pela crise:

1. Grau I (pouca dor e pouca limitação)
2. Grau II (intensa dor e pouca limitação)

3. Grau III (limitação moderada)
4. Grau IV (grande limitação)

Usando esta classificação em um grupo de 779 pacientes, cerca de um quarto dos indivíduos de grau IV estava desempregado, valor que cai para 10% para os com grau III, e menos de 5% para graus I e II.

Embora haja dados conflitantes, estudos mostram uma clara relação invertida entre prevalência de enxaqueca e renda familiar; nos grupos com renda anual menor que US\$ 10 000, a prevalência de migrânea é 60% maior que nos grupos com renda acima de US\$ 30 000 (SILBERSTEIN, 1998). Estudos conduzidos na Alemanha, Bélgica, Dinamarca não chegaram a resultado semelhante. Provavelmente, outros fatores possam estar envolvidos, por exemplo, mulheres que constituem a maioria da população migranosa, tendem a ganhar menos que homens, também, pessoas com maior renda podem considerar um sinal de fraqueza e assim relutarem em admitir ter migrânea (SILBERSTEIN, 1998).

1.2.2. Migrânea e gênero

A crescente evolução tecnológica na assistência a saúde, bem como o processo de transição demográfico-epidemiológica que vem ocorrendo no país nas últimas décadas, têm levado mulheres há uma busca constante para alcançar melhores posições no mercado de trabalho, expondo-a deste modo a estresse e doenças crônicas, como enxaqueca.

A mulher é cuidadora por excelência e está presente em todos os momentos da vida. É inegável, portanto, que nela exista a relação do feminino como compromisso pela vida, especialmente no provimento da vida do outro.

As mulheres, ao longo da história, além das práticas de cuidado relacionadas às funções de maternidade, desempenham cuidados aos idosos, dedicam-se a educação dos filhos, manutenção da casa e ao preparo dos alimentos. (CARVALHO, 2004)

Avaliando a vida das mulheres desde o nascimento, sua inserção no mundo, lutas, vitórias contra a discriminação e o destaque de sua posição em todos os campos, podemos constatar que as suas histórias não são só suas, mas de toda a humanidade (BASSANEZI, 1997; CARVALHO, 2004)

A partir da década de cinquenta cresce a participação feminina no mercado de trabalho, especialmente no setor de serviços de consumo coletivo, escritório, comércio ou em serviços públicos. Surgiram mais oportunidades de emprego em atividades como as de enfermeira, professora, funcionária

burocrática, médica, assistente social, vendedora, entre outras profissões que exigiam delas certa qualificação e, em contrapartida, tornavam-se profissionais remuneradas. Essa tendência demandou uma maior escolaridade feminina e provocou, sem dúvida, mudanças no *status* social das mulheres. (CARVALHO, 2004)

As mulheres, de maneira geral, tradicional e culturalmente, se vêem desempenhando um papel central nas famílias, chamando para si a responsabilidade por sua união e pela manutenção holística do lar (SAMARA, 1993). Quando se trata de enfrentar situações relacionadas à doença e dor, o enfrentamento varia não apenas entre os diferentes grupos de pessoas – segundo o gênero, a classe social, raça, como também segundo o tipo de situação a ser enfrentada. Umas também variam de acordo com o significado particular de uma dada doença.

O modelo biopsicossocial da dor pode ser adaptado para explicar as diferenças biológicas de sexo e gênero quanto à sensação dolorosa (FILLINGIM, 2003).

Segundo BERKLEY (2000), a mulher possui mecanismos fisiológicos mais eficientes para amortizar os impactos de estímulos nocivos no corpo: o estrógeno ajuda na cicatrização da pele e os altos níveis de progesterona na fase lútea, gravidez e lactação podem aumentar o limiar de dor, estando associados

à redução da severidade de algumas síndromes dolorosas. Para FILLINGIM; EDWARDS (2001) o estrógeno contribui para que a mulher sinta mais dor. Segundo YUNUS (2002), o homem sintetiza até 52% mais serotonina que a mulher, implicando, assim diferenças sexuais em relação à dor; portanto, há necessidade de mais estudos que comprovem essas diferenças.

Em estudos sobre dor, os termos gênero e sexo são utilizados como se fossem sinônimos. Porém, muitos deles avaliam a dor segundo o sexo. O Relatório da Associação Médica Americana (2000) relata que o uso indiscriminado desses termos pode causar confusão entre o que é biológico e o que é cultural (CARMO, 2004)

WIZEMAN, PARDUE (2001) define sexo como

“(...) a classificação dos seres vivos, geralmente como macho e fêmea, de acordo com os seus órgãos reprodutivos e funções cromossomicamente determinadas. Gênero é a representação social do indivíduo como macho e fêmea, ou como esse indivíduo é visto pelas instituições sociais com base na sua apresentação de gênero. Gênero é modelado pelo meio e pelas experiências.” (p.2)

De acordo com esses autores, homem e mulher são diferenciados não só pelo sexo, mas também por comportamentos e papéis que uma cultura ou grupo social determinam. Ambos os sexos acham que o homem tem mais resistência à dor e é menos sensível que a mulher e esse acaba sendo o resultado esperado, tanto pelos pesquisadores quanto pelos pesquisados.

Segundo BERKLEY (1997) a mulher está mais exposta a dores, tanto em decorrência de processos biológicos naturais como a menstruação e cólicas menstruais, ovulação, gravidez e dores do parto, quanto pela sua anatomia. Para essa autora, os órgãos reprodutivos, hormônios e mudanças hormonais, diferenças nos sistemas nervoso central, periférico e simpático relacionadas à reprodução, são fatores preponderantes no delineamento das diferenças de sexo na dor. A mulher sofre variações hormonais não só na menarca, gravidez e menopausa, mas durante o ciclo menstrual, quando o nível de estrógeno, progesterona e testosterona sofrem alterações. Essas variações afetam o humor, memória e o sistema nervoso simpático, provocando sensibilidade, alterações na termorregulação, trânsito intestinal, na sudorese e vasoconstricção, podendo também iniciar estados dolorosos e influenciar a absorção e metabolismo de drogas anestésicas.

Várias evidências indicam uma ligação entre os hormônios sexuais femininos e a migrânea. Nas crianças, por exemplo, a migrânea ocorre igualmente em cerca de 4% dos meninos e das meninas, enquanto nos adultos

ela incide com maior frequência nas mulheres (18%) do que nos homens (6%), sugerindo que a partir da menarca – quando oscilações hormonais são mais intensas – há um aumento da prevalência dessa enfermidade. Além disso, em 33% das mulheres, a migrânea se inicia após a menarca (BORDINI, 1995).

A migrânea pode apresentar-se apenas na fase pré-menstrual ou durante a menstruação. Muitas mulheres têm cefaléia durante todo o mês, mas pioram nesta fase. Outras têm dor apenas neste período do mês. É comum haver crises intensas, refratárias aos medicamentos usados habitualmente e “indo e vindo” ao longo de vários dias; preveni-la com o uso de drogas tomadas ao longo de todo mês ou apenas nas fases pré e durante a menstruação (naquelas que revelam dor restrita a esse período) tem sido o tratamento adotado por vários profissionais médicos (BORDINI, 1995)

Muito se tem especulado a respeito do uso de anticoncepcionais e piora da dor menstrual. Isto realmente se observa com frequência. Pacientes que iniciam crises de enxaqueca após começar o uso de anovulatórios tendem a piorar da dor quando suspendem a ingestão da pílula ao término da cartela. Esta piora deve-se à queda mais acentuada de fração do hormônio estrogênio que fisiologicamente tem o seu nível sanguíneo diminuído com a proximidade da menstruação. Em certas ocasiões recomenda-se inclusive a suspensão do uso de anticoncepcional nos casos de piora acentuada da dor. Em outros, que

demandam a sua utilização, recomenda-se o uso contínuo da pílula sem a interrupção no fim do ciclo menstrual para evitar a queda do nível de estrogênio (BORDINI, 1995)

Compreendendo a importância de se mensurar a migrânea de mulheres que apresentam cefaléias no período pré-menstrual, pesquisadores utilizaram estrógeno no período pré-menstrual, fazendo com que houvesse um atraso da crise migranosa, mas não da menstruação; por outro lado, quando a progesterona era administrada nesse período ela retardava a menstruação, mas não prevenia as crises de migrânea. Com esses achados, os autores concluíram que a queda dos níveis de estrógeno pode desencadear ataques de migrânea em mulheres suscetíveis. (FARIAS DA SILVA, 1998)

Em um estudo realizado na região metropolitana de Recife sobre a prevalência da cefaléia no transcorrer da vida, obteve-se como resultado que em uma amostra de 2000 entrevistados, 59,7% pertenciam ao sexo feminino e 40,% ao sexo masculino. A dor de cabeça foi significativamente mais freqüente no gênero feminino ($p=0,0035$, X^2), correspondendo a 97,3%, do que no gênero masculino (93,3%). (SILVA *et al*, 2005)

Na Dinamarca, foram realizados estudos em 1991, para verificar a prevalência da cefaléia no decorrer da vida. Rasmussen, Jensen e Schoroll, encontraram que 93% dos homens e 99% das mulheres apresentaram cefaléia.

BAREA, TANNHAUSER E ROTTA, (1996) investigando existência de cefaléia em crianças e adolescentes, assinalaram resposta positiva em 92% dos entrevistados do sexo masculino e 94% naqueles do sexo feminino. BIGAL, BORDINI e SPECIALI, em 2000, realizaram um estudo numa unidade hospitalar de Ribeirão Preto e obtiveram como resultado que 64,9% das mulheres apresentavam dor de cabeça.

A migrânea é um sintoma muito freqüente entre os seres humanos, sendo ligeiramente mais prevalente em mulheres que diminui significativamente a qualidade de vida não somente durante os ataques como nas remissões quando ansiedade, medo e incerteza contribuem para uma gradual retirada da maioria dos contatos sociais. Ela pode causar profundas alterações emocionais e no estilo de vida, que levam os pacientes a desenvolver estratégias de lidar com a moléstia (HENRY, 1992)

A intensidade da dor seria o principal fator, porém não o único, pois há migranosos que mesmo sem dor intensa experimentam altos níveis de diminuição de capacidades e a avaliação somente do parâmetro dor, pode ser uma medida incompleta. Em estudo canadense, verificou-se que durante as crises, 77% dos sofredores têm limitações de atividade, 50% interrompem suas atividades e 30% tem que deitar-se (HENRY, 1992)

Provavelmente a natureza imprevisível da moléstia cause um maior estresse e leve os pacientes a ter dificuldades em organizar uma vida familiar normal.

Sabe-se que migranosos experimentam dores de moderadas a grandes intensidades e que quanto maior a freqüência das crises e a intensidade, maior o prejuízo do indivíduo. Devido a esses temores e ao impacto da migrânea nas atividades, substancialmente modifica-se o comportamento normal dos pacientes. Mais de 75% deles evitam supostos desencadeantes, muitos têm afetado sua decisão acerca de empregos, evitam situações sociais, festas que possam desencadear crises (FILHO, 2002)

O tratamento da migrânea tem como objetivo eliminar as crises de cefaléia ou, nos casos mais refratários, diminuir a freqüência, a intensidade e a sua duração. Antes de iniciar o tratamento, devem-se estabelecer os períodos em que as crises ocorrem com maior freqüência através do preenchimento de um diário de dor pelo paciente (BORDINI, 1995)

UNRUH *et al.*, (1999); HOFFMANN; TARZIAN (2001) ressaltam que a mulher avalia cognitivamente a dor de uma forma contextual, tal como seu impacto nas tarefas domésticas e nas relações afetivas. Ela demonstra mais positividade e resiliência, emprega estratégias de enfretamento e resolução de problemas que não estão relacionadas à dor, como a distração, busca de apoio

afetivo entre familiares e amigas, usa mais o sistema de saúde, presta mais atenção nos sintomas físicos e encara os sintomas emocionais como uma desordem a ser tratada e segue o tratamento médico, enquanto que o homem exibe mais comportamentos de negação e suas estratégias de enfrentamento é mais pobre em termos emocionais.

Portanto, é de grande relevância para a ciência, especificamente para os profissionais que lidam com os pacientes que apresentam crises de enxaqueca, a identificação, conhecimento dos sinais e sintomas, bem como as escalas de mensuração de dor e avaliação da qualidade de vida, para que as questões acima explicitadas sejam sanadas.

1.3. QUALIDADE DE VIDA

O crescente interesse no constructo “qualidade de vida” tem ocorrido nas últimas décadas, determinado pela necessidade de se criarem parâmetros para avaliar a qualidade de vida não somente com relação ao controle de sintomas de uma determinada doença, mas também relacionada à percepção subjetiva do indivíduo de sua posição na vida (ANDUJAR, 2005)

A Qualidade de Vida é um termo amplo, com definições diversas. Para alguns autores, depende do âmbito social, cultural, econômico e de valores individuais; para outros, além desses elementos, inserem-se a política e a democracia. Portanto, definir a qualidade de vida, ou mesmo medi-la, depende da concepção e do objetivo proposto.

O conceito de qualidade de vida vem sendo aplicado aos serviços de saúde desde 1970 (STEWART, 1999; STEWART, 1993). Inicialmente, o termo qualidade esteve apenas vinculado às atividades de atendimento ambulatorial e hospitalar, gerando um aumento dos custos hospitalares, devido à necessidade de programar melhorias na área física. O foco de qualidade de vida atualmente tem-se dirigido aos pacientes, principalmente, a satisfação do cliente, diagnóstico correto e tratamento adequado (FERRAZ, 1998)

Várias são as ciências que têm revelado interesse sobre o conceito de qualidade de vida, manifestando como preocupação fundamental aspectos que contribuem para o bem estar do indivíduo. Dessas áreas científicas, destacam-se a filosofia, a economia, a psicologia, a pedagogia, a medicina, a enfermagem, geografia e história. O conceito de qualidade de vida, contudo, não tem obtido a concordância dos diversos estudiosos que sobre ele se têm interessado. Alguns autores destacam o bem estar econômico, outros o sucesso, alguns o desenvolvimento cultural e valores éticos. Dependendo da perspectiva, alguns

autores aplicam o termo a comunidades, enquanto outros o dirigem a indivíduos. No entanto, nota-se uma preocupação por parte dos pesquisadores com um bom nível de saúde e desenvolvimento humano, o que tem servido de base a inúmeras reflexões e discussões sobre essa tão polêmica temática (ANDUJAR, 2005)

O patamar mínimo e universal para se falar nesta questão diz respeito à satisfação das necessidades mais elementares da vida humana: alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer; elementos materiais que têm como referência noções relativas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva. No mundo ocidental atual, por exemplo, é possível dizer também que desemprego, exclusão social e violência são, de forma objetiva, reconhecidos como a negação da qualidade de vida. Trata-se, portanto, de componentes passíveis de mensuração, mesmo levando-se em conta a necessidade permanente de reativá-los culturalmente no tempo e no espaço (COHEN, 1996)

A qualidade de vida é considerada boa ou excelente caso ofereça um mínimo de condições para que os indivíduos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, sejam estas: viver, sentir ou amar, trabalhar produzindo bens e serviços, fazendo ciências ou artes. (CASTRO, 2003)

1.3.1. Estudos em qualidade de vida relacionada à saúde

As pesquisas em qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) foram impulsionadas nas últimas décadas. Anteriormente, os profissionais de saúde permaneciam alheios aos aspectos da qualidade de vida e meios para investigação da mesma.

AUQUIER *et al* (1997) definem a Qualidade de Vida Ligada à Saúde (QVLS) como valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais; as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamentos; e a organização política e econômica do sistema assistencial. Consideram que três correntes orientam a construção dos instrumentos de mensuração da qualidade de vida: o *funcionalismo*, que define um estado normal para certa idade e função social e seu desvio, ou morbidade, caracterizado por indicadores individuais de capacidade de execução de atividades; a *teoria do bem-estar*, que explora as reações subjetivas das experiências de vida, buscando a competência do indivíduo para minimizar sofrimentos, aumentar a satisfação pessoal e de seu entorno e a *teoria da utilidade*, de base econômica, que pressupõe a escolha dos indivíduos ao compararem um determinado estado de saúde a outro.

A partir deste contexto, avaliar e definir a qualidade de vida relacionada à saúde das mulheres que sofrem de enxaqueca possibilita abordar fatores relevantes quanto às funções vitais e as demais que podem ser compreendidas durante o tratamento, o que direciona ações específicas para uma melhor reabilitação e qualidade de vida proporcionada a estes pacientes.

Um dos maiores avanços na área de saúde da última década foi o crescente consenso sobre o valor de se medir o impacto de uma moléstia na qualidade de vida relacionada à saúde. A opinião do paciente é fundamental para se avaliar o resultado do tratamento, sendo mesmo que o objetivo do tratamento para muitos pacientes seria obter uma vida mais “eficaz” que preserve seu perfeito funcionamento e bem-estar. Apesar de o paciente ser o melhor juiz, dados referentes às suas experiências não são coletados com frequência. Uma das razões era a inexistência de instrumentos válidos para se medir a qualidade de vida, o que recentemente tem-se desenvolvido.

A área médica incorporou o tema em sua prática profissional, mas o utiliza dentro do referencial da clínica (COHEN, 1996). A partir da doença, oferece subsídios para a melhoria das condições de vida dos clientes. Assim, ocorre a prática assistencialista e curativista, não havendo uma ligação com práticas preventivas e de promoção à saúde. O bem-estar se torna uma consequência da cura ou do alívio de sintomas.

Muitas pessoas procuram associar qualidade de vida com o fator saúde. Nesse sentido, saúde independente de qualquer definição idealista que lhe possa ser atribuída, é produto das condições objetivas de existência. Resulta das condições de vida biológica, social e cultural e, particularmente, das relações que os homens estabelecem entre si e com a natureza, através do trabalho (PAIM JS, 1986 & SANTOS, *et al*, 2002).

1.3.2. Instrumentos utilizados na mensuração da Qualidade de Vida

Diversos instrumentos têm sido construídos para avaliar a Qualidade de Vida, de acordo com as diferentes culturas e realidades sociais. Os instrumentos podem ser classificados como objetivos e subjetivos. Os objetivos avaliam situações como renda, emprego, desemprego, população abaixo da linha da pobreza, consumo alimentar, domicílios com disponibilidade de água limpa, tratamento adequado de esgoto e lixo e disponibilidade de energia elétrica, propriedade da terra e de domicílios, acesso a transporte, qualidade do ar, concentração de moradores por domicílio e outras. Já os subjetivos consideram como as pessoas sentem ou o que pensam das suas vidas, como

percebem o valor dos componentes materiais reconhecidos como base social da qualidade de vida (COHEN, 1996)

Com relação à aplicabilidade, existem avaliações genéricas e específicas. As avaliações genéricas são realizadas através de questionários de base populacional, e têm como objetivo estimar o impacto global de determinada condição mórbida sobre a vida dos indivíduos, abordando aspectos físicos, emocionais, psicológicos, sociais e funcionais, permitindo a comparação numa mesma população do impacto de várias doenças sobre os grupos populacionais diferentes. As avaliações específicas foram criadas para avaliar determinado aspecto ou função da vida (sono, apetite), estudar população específica (crianças, idosos) ou aferir a repercussão de uma queixa.

Aparentemente a migrânea, ainda que seja uma condição crônica, entre os ataques, o paciente tem sido considerado como de excelente saúde. Estudos recentes têm mostrado, contudo, que migranosos têm significativas limitações na qualidade de vida em relação à população saudável e mesmo quando comparados a outras condições crônicas (HENRY, 1992)

As medidas de avaliação genérica de saúde disponível não são capazes de dizer exatamente para o profissional de saúde o que fazer; entretanto, são capazes de demonstrar se os pacientes conseguem executar determinadas atividades que normalmente fazem e como se sentem quando as

estão praticando. É importante ressaltar que, ao descrever o comprometimento da qualidade de vida de determinada patologia de forma genérica e ao compararmos esta com outras doenças, podemos demonstrar sua importância para o indivíduo, em nível social ou de saúde, dentro de uma comunidade (LALONDE, 1974)

Atualmente, os instrumentos de avaliação da qualidade de vida podem tornar-se guias para o tratamento de doenças e distúrbios, já que são capazes de medir, subjetivamente, as condições de bem-estar do paciente, contribuindo assim para um tratamento direcionado e individualizado, de acordo com as necessidades de cada um.

O SF-36 (*Medical Outcomes Study 36- Item Short Form Health Survey*) é um instrumento genérico de avaliação que permite a comparação da qualidade de vida entre pacientes saudáveis e com patologias distintas. Proporciona uma opinião auto-relatada do paciente comparando o ônus atribuível à determinada condição com os de outras moléstias e com pessoas tidas como saudáveis.

Vários autores têm demonstrado através do uso do SF-36 o impacto negativo e seus tratamentos na vida dos pacientes portadores de patologias crônicas (STEWART, 1999; AUQUIER, 1997; OSTERHAUS, 1994; VALDERRABANO, 2001. No Brasil, CICONELLI *et al* (1998) realizaram a

validação e adaptação cultural do SF-36, aplicando o questionário em pacientes com artrite reumatóide.

OSTERHAUS *et al*, (1994) avaliaram 845 adultos com diagnóstico de migrânea utilizando o SF-36 e compararam os resultados como obtidos pela população em geral e por indivíduos portadores de doenças crônicas, tais como depressão, artrite reumatóide, diabetes mellitus tipo II e hipertensão arterial sistêmica. Concluiu-se neste estudo que os migranosos apresentaram menos escores (pior condição) que os dos hipertensos para todos os aspectos avaliados, exceto estado geral da saúde. Em relação aos diabéticos, os migranosos obtiveram também menores escores para a maioria dos aspectos, exceto na capacidade funcional e estado geral de saúde. Os escores de dor, aspectos emocionais, saúde mental e aspectos sociais foram menores no grupo de migranosos, em comparação com os obtidos pelos indivíduos com artrite reumatóide, ao passo que, em relação ao estado geral da saúde, aspectos emocionais e saúde mental foram maiores. (SILVA JUNIOR, 2001)

MONZÓN & LÁINEZ (1998) avaliaram 115 pacientes consecutivamente atendidos em uma clínica especializada em cefaléia na Espanha e aplicaram o SF-36 com o objetivo de comparar os migranosos com os pacientes com cefaléia crônica diária e observaram menores escores nos

aspectos físicos, capacidade funcional, dor, estado geral da saúde e saúde mental.

TERWINDT *et al*, (2000), utilizando o mesmo instrumento, observaram que os escores obtidos pelos migranosos foram menores que os indivíduos com asma, exceto no aspecto da capacidade funcional e o estado geral de saúde.

1.3.3. Instrumentos específicos de avaliação da qualidade de vida relacionada à cefaléia

Um dos instrumentos elaborados especificamente para o estudo da cefaléia foi “The Henry Ford Hospital Headache Disability Inventory (HDI)”, contendo em sua primeira versão 40 itens e na segunda versão 25 itens, mostrou-se confiável e útil. JACOBSON (1994) apud (SILVA JUNIOR, 2001).

HARTMAIER *et al*, (1994), desenvolveram um questionário com 15 itens (a partir de uma lista inicial de 101 aspectos propostos), denominado “Brief 24-hour Migraine-Specific Quality of Life Questionnaire (24-h MQoLQ)”. A utilização de instrumento para avaliação da qualidade de vida relacionado à

saúde em um período de curta abrangência (24 horas) tem sido criticado por alguns autores. (SILVA JUNIOR, 2001)

O instrumento “Migraine Specific Quality of Life Questionnaire (MSQ Version 21) foi utilizado recentemente em população de 267 migranosos e os resultados demonstraram a consistência interna e os coeficientes de correlação adequados. (MARTIN, 2000)

Em suma, a avaliação dos dados da literatura no que diz respeito à cefaléia ou migrânea mostram uma diminuição na capacidade funcional, dor, aspectos sociais e de bem-estar tanto quando comparados com pessoas saudáveis como com outras moléstias crônicas. Portanto, a enxaqueca seria assim, tão debilitante como outras moléstias consideradas mais sérias, daí a necessidade de um estudo referente à temática em questão, uma vez que a ausência de estudos semelhantes em nosso país ainda é inexistente, despertando assim a curiosidade de conhecer os dados em um estudo realizado com mulheres brasileiras, especialmente aquelas com o diagnóstico mais comuns de cefaléia.

Consciente do desafio de ampliação do conhecimento referente à migrânea e qualidade de vida das mulheres, e vislumbrando a possibilidade de contribuição para o saber transformador, empenhei-me em desenvolver esta pesquisa e para concretizá-la de forma mais coerente e inovadora possível.

Espero que este trabalho possa contribuir de alguma forma, para a temática em questão, propiciando esclarecimentos, bem como incitando novas idéias e indagações.

Para tanto, propusemo-nos a realizar nossa pesquisa conforme os objetivos a seguir.

2. Objetivos

GERAL:

Verificar a prevalência da cefaléia nas mulheres de uma Instituição de Ensino Superior, no interior de Minas Gerais

ESPECÍFICOS

- Identificar quais são os descritores de dor caracterizado pelas mulheres que apresentam de cefaléia;
- Avaliar as conseqüências na qualidade de vida das mulheres que apresentam cefaléia segundo os domínios do instrumento SF-36 (capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental)

3. Metodologia

3.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo e avaliativo. É uma pesquisa quantitativa, cuja meta foi avaliar a qualidade de vida das mulheres que apresentam cefaléia.

A pesquisa descritiva e avaliativa busca a observação, a descrição e registros de aspectos de um fenômeno na forma como ele naturalmente ocorre (POLIT; HUNGLER,1995).

Já o termo experimentação está, em geral, associado à pesquisa em laboratório, mas não é com esse sentido que é utilizado na epidemiologia moderna, que o denomina como método e não se refere ao local onde se realiza o trabalho. Estudos experimentais destinam-se a testar uma associação entre eventos, buscando verificar se há relação causal entre eles. A exposição em um estudo experimental é considerada uma intervenção promovida pelo investigador. Trata-se de uma situação criada/produzida pelo pesquisador (PEREIRA, 2002).

Assim, este estudo pode ser conceituado como observacional e seccional sem intervenção. Estudos de corte transversal ou seccional são investigações em que “causa” e “efeito” são detectados simultaneamente ocorrendo em um único momento da situação de saúde de uma população ou comunidade, com base na avaliação individual do estado de saúde para o grupo investigado. SIQUEIRA, 2005)

3.2. Período e Local

A pesquisa foi realizada em uma Instituição de Ensino Superior Centro Universitário de Patos de Minas, localizado no interior do Estado de Minas Gerais – Patos de Minas.

Entre os meses de outubro e dezembro de 2006 foram entrevistadas 150 mulheres aleatoriamente selecionadas entre alunos, professores e funcionários da Faculdade de Ciências da Saúde do Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM), localizado na cidade de Patos de Minas, estado de Minas Gerais.

Tal escolha se justifica à medida que se trata de um centro de referência e excelência, que oferece diversos cursos na área da saúde, bem como nas áreas sociais, agrárias, administrativa, entre outras.

Atende em torno de 4.000 alunos, que provenientes do município e região. Possui como finalidades básicas ensino, pesquisa e extensão.

Enquanto estrutura física a instituição, é composta de cinco faculdades sendo elas: Faculdade de Ciências da Saúde (FACISA), Faculdade de Direito de Patos de Minas (FADIPA), Faculdade de Ciências Agrárias (FACIAGRA), Faculdade de Ciências Administrativas (FACIA) e Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Patos de Minas (FAFIPA).

Por ser um centro universitário, atende estudantes oriundos de cidades da região em que se localiza, de regiões adjacentes, bem como de outros estados.

A Faculdade de Ciências da Saúde (FACISA), cenário desta investigação, é composta pelos cursos de Farmácia (200 alunos), Enfermagem (240 alunos), Educação Física (220 alunos), Fisioterapia (118 alunos), Nutrição (74 alunos) e Psicologia (60 alunos), Laboratório de Análises Clínicas, Farmácia Universitária, secretaria, sala de direção, seis salas de coordenação, três gabinetes de professores (20 e 40 horas), sala dos professores, serviço de higiene e limpeza.

O quadro de docentes dos cursos de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Educação Física é composto por um total de 92 professores, com titulações diversas. Sendo 19 docentes do curso de Farmácia, 17 do curso de Enfermagem, 10 do curso de Fisioterapia e 18 do curso de Educação Física. Quinze docentes trabalham nos curso de Farmácia e Enfermagem, 08 nos cursos de Farmácia, Enfermagem e Fisioterapia e sete nos cursos de Fisioterapia e Educação Física.

A seleção da referida faculdade deveu-se ao fato da facilidade comunicação com os docentes e alunos, uma vez que a autora trabalha nesta instituição e por tratar-se de cursos na área da saúde.

O município de Patos de Minas, cidade onde está inserido o Centro Universitário de Patos de Minas, está situado na região do Alto Paranaíba, a 400 km da capital. Nesta microrregião se encontram 31 municípios. Dados do último censo do IBGE divulgados em 2000 indicam que a cidade conta com uma população de 123000 habitantes. As ações de saúde executadas pelo Sistema Único de Saúde – SUS em Patos de Minas são organizadas para proporcionar atendimento nos níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde.

O Sistema de Atenção Primária compreende às 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 26 equipes de Programas de Saúde da Família (PSF) situados

em pontos estratégicos da cidade com uma cobertura de 85% da população. Nestas são realizados as seguintes ações de enfermagem: vacinação, curativo, inalação e verificação de pressão arterial, coleta de material biológico para exames laboratoriais, puericultura, pré-natal programa da criança e da mulher, curso de gestantes, entre outros. O Sistema de Atenção Primária é composto também pela Unidade de Pronto Atendimento 24 horas, plantões de clínica médica, pediatria possuindo leitos para observação masculina, feminina e pediátrica, assim como sala de emergência entre outros.

A Atenção Secundária conta com uma clínica de especialidades que realiza algumas atividades básicas e administrativas, funcionando como um centro de especialidades proporcionando atendimento aos casos encaminhados. Consta também de dois hospitais gerais de pequeno porte de finalidade lucrativa que se descredenciou do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1997. Outros dois, geral de pequeno porte, atendem em regime de internações, ambulatório, credenciado pelo SUS.

O Sistema de Atenção Terciária é composto por um hospital geral, filantrópico, de médio porte. Presta serviços de saúde e assistência médico-hospitalar de importância estratégica estadual e regional, em níveis de complexidade secundária e terciária. Atualmente é o único hospital 100% credenciado ao SUS. Recentemente passou por reformas físicas e assistenciais e

atualmente presta atendimento com assistência em urgência/emergência, serviços de diagnósticos por imagem, internações, partos, procedimentos cirúrgicos eletivos referenciados, de forma regionalizada e hierarquizados, garantindo acessibilidade e segurança na assistência aos usuários do SUS. O Hospital Regional Antonio Dias (HRAD) juntamente com o Hospital Júlia Kubitschek, Hospital Regional João Penido e Hospital Regional de Barbacena forma o complexo de hospitais gerais da rede FHEMIG.

3.3 População e amostra

Solicitou-se ao departamento pessoal e a secretaria acadêmica do UNIPAM uma lista de funcionários e acadêmicos da Faculdade de Ciências da Saúde daquela instituição, constando de 960 pessoas. Destas, 580 são mulheres. Foram selecionadas aleatoriamente 240 mulheres da lista, satisfazendo os seguintes critérios de inclusão e exclusão.

3.3.1. Critérios de Inclusão e Exclusão

► Inclusão

- Mulheres maiores de 18 anos;
- Mulheres com diagnóstico médico de cefaléia e/ou enxaqueca;
- Mulheres com condições físicas, mentais e intelectuais para comunicar-se com a pesquisadora;
- Mulheres que concordaram em participar do estudo.

► Exclusão

- Mulheres com história atual ou pregressa de doenças crônicas (depressão, lombalgias, hipertensão arterial sistêmica, artrite reumatóide, asma, insuficiência cardíaca), que segundo a literatura pode causar prejuízo importante na avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde;
- Mulheres de férias, licença-maternidade, licença-saúde;
- Mulheres que recusaram a participar do estudo.

3.4. Procedimento de Coleta de dados

Os dados foram coletados no período de outubro a dezembro de 2006. A coleta foi realizada pela pesquisadora diretamente com as mulheres por meio da aplicação dos três instrumentos: o primeiro refere-se ao diagnóstico de cefaléia (Anexo 2), validado por SILVA JUNIOR (2001), este instrumento avalia a presença de cefaléia e classifica a dor segundo os critérios determinado pela Sociedade Internacional de Cefaléia. Naquelas mulheres que apresentaram cefaléia nos últimos seis meses, foi realizada uma avaliação neurológica e classificação da dor segundo os critérios determinados pela Sociedade Internacional de Cefaléia de 1988 através da utilização de um questionário específico. (Anexo 2) e dos critérios de SILBERSTEIN *et al* (1994) (Anexo 3), para o diagnóstico de cefaléia crônica diária (CCD), este instrumento utilizado e validado por SILVA JÚNIOR (2001). Além disso, foi avaliado o prejuízo causado pela dor nas atividades diárias, lazer, sociais e familiares, e na capacidade de trabalhar, mensurando este impacto com uma escala de zero a dez.

O segundo instrumento é a caracterização dos descritores de dor, ou seja, a descrição verbal da intensidade da dor (Anexo 4), o instrumento utilizado foi obtido através de um estudo prévio em que foram determinados os

descritores que melhor caracterizam a dor crônica por SALTARELLI, ZAMBRANO, HORTENSE E FALEIROS SOUSA (2004), Neste instrumento a tarefa das participantes era assinalar um escore que variava de 1 a 7 pontos a cada descritor de dor, sendo que o escore 1 deveria ser atribuído ao descritor que menos caracterizasse a dor sentida e o escore 7 deveria ser atribuído ao descritor que mais caracterizasse a dor sentida. Os escores intermediários deveriam ser atribuídos aos descritores de acordo com o grau intermediário de caracterização da dor sentida. As mulheres foram instruídas a utilizar qualquer escore para cada descritor de dor, enfatizando apenas que deveriam escolher um escore de acordo com o grau de caracterização da dor sentida. Os descritores de dor eram apresentados em ordem aleatória para cada participante. Cada participante respondia o instrumento juntamente com o pesquisador, ou seja, sem comunicação com outros participantes.

O terceiro instrumento utilizado foi o Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36)- Questionário genérico de avaliação de qualidade de vida (SF-36). (Anexo 5), Este instrumento foi traduzido, validado e adaptado culturalmente no Brasil por CICONELLI em 1997 através da aplicação deste em um estudo realizado com pacientes de artrite reumatóide, na Divisão de Reumatologia da Universidade Federal de São Paulo . O SF-36 é um instrumento genérico de avaliação do estado de saúde e de fácil administração. É um questionário multidimensional formado por 36 itens, dividido em oito

aspectos: capacidade funcional (desempenho das atividades diárias, como capacidade de cuidar-se de si, vestir-se, tomar banho e subir escadas), aspectos físicos (impacto da saúde no desempenho das atividades diárias e ou profissionais), dor (nível de dor e o impacto no desempenho das atividades diárias e ou profissionais), estado geral de saúde (percepção subjetiva do estado geral de saúde), vitalidade (percepção subjetiva do estado geral de saúde), aspectos sociais (reflexo da condição de saúde física nas atividades sociais), aspectos emocionais (reflexos das condições emocionais no desempenho das atividades diárias e ou profissionais) e saúde mental (escala de humor e bem-estar), onde cada domínio é avaliado separadamente. Para avaliar seus resultados finais é dado um escore de zero (que equivale ao pior estado de saúde) a 100 (que equivale ao melhor estado de saúde). Ao final dá-se um valor numérico à avaliação para cada domínio existente, avaliados através do cálculo do “*Raw Scale*” (Anexo 6). O SF-36 foi aplicado por entrevista pessoal visando diminuir perdas por questões não compreendidas, embora a aplicação por telefone ou o preenchimento feito pelo próprio paciente tenham se mostrado válidas (McHORNEY, 1994; WEINBERGER, 1996). Foram feitas algumas abordagens sobre a saúde global das mulheres e seus antecedentes para evitar o viés associado à cefaléia ou mesmo no grupo controle, que podem comprometer a qualidade de vida relacionada à saúde, o mesmo foi utilizado por OSTERHAUS *et al*, 1994 e SILVA JUNIOR, 2001.

Esses dados foram coletados por meio de entrevista direta com as mulheres, realizada no laboratório de técnicas de enfermagem, ambiente silencioso e arejado, previamente agendado.

3.5. Analise dos dados

Os dados foram armazenados utilizando o programa Excel, com aplicação técnica de dupla digitação com vistas à verificação de possíveis erros de transcrição. Os resultados foram apresentados e discutidos segundo os quartis, valores máximos e mínimos e, graficamente, representados. Adicionalmente, valores médios e respectivos desvios-padrão foram apresentados. A consistência interna do SF-36 foi verificada por meio dos valores de alfa de Cronbach e correlações produto-momento de Pearson entre os domínios da escala. Para a análise estatística foi utilizado o Programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 12.0, para Windows. O nível descritivo de significância estatística utilizado foi $\alpha=0,05$.

3.6 Considerações Éticas do Estudo

A realização do presente estudo foi autorizado pelo diretor da Faculdade de Ciências da Saúde (FACISA), onde a coleta de dados ocorreu e

então encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM) sendo aprovado em 08 de setembro de 2005 de acordo com o Processo OF.CEP – UNIPAM – 02/2005 (Anexo 1). O início da coleta de dados ocorreu após aprovação do referido Comitê.

A participação na pesquisa realizou-se após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4. Resultados e Discussão

Do total de duzentos e quarenta mulheres selecionadas aleatoriamente, participaram da pesquisa 150 (62,5%), com a média de idade, de 33 anos com mínimo de 18 anos e máximo de 48 anos e desvio padrão de 8,6 anos, sendo que 15 foram excluídas por estarem de férias, 8 por estarem de licença-maternidade; 35 por afastamento de suas atividades de trabalho devido a problemas de saúde; 32 se recusaram a participar do estudo.

A seguir estão apresentados os resultados obtidos.

4.1 DIAGNÓSTICO DA CEFALÉIA

Dos 150 entrevistados, 102 (68%) queixaram-se de cefaléia nos últimos seis meses, como mostra a tabela a seguir.

Tabela 1. Distribuição das participantes do estudo segundo o diagnóstico de cefaléia. Patos de Minas, 2006.

Diagnóstico		Frequência	%
Migrânea		72	48
Cefaléia	Tipo	30	20

Tensional		
Ausência da cefaléia	48	32
TOTAL	150	100

Como na maioria dos estudos epidemiológicos publicados, há grande incidência de queixa de cefaléia na população, em particular, em uma amostra populacional de uma instituição de ensino superior do estado de Minas Gerais, onde 68% das mulheres entrevistadas referiram ter sentido pelo menos uma crise de cefaléia nos últimos seis meses.

Nosso estudo demonstrou alta incidência de cefaléia, coincidindo com a literatura; esse alto nível devendo-se em parte ao fato de incluir todos os subtipos de cefaléia. Quando classificadas por grupos principais, encontramos maior frequência de migrânea tipo tensional, que usualmente é mais freqüente.

A migrânea (enxaqueca) foi definida pelo Comitê “Ad hoc” do Instituto de Doenças neurológicas e Cegueira de Bethesda, nos Estados Unidos, em 1962, como: “crises comumente unilaterais no início e usualmente associadas à anorexia e, algumas vezes, a náuseas e vômitos. Em alguns casos são precedidas ou acompanhadas por distúrbio clínico semelhante” (AD HOC COMMITTEE ON CLASSIFICATION OF HEADACHE, 1962). Segundo SILVA JUNIOR, (2001), esta classificação dividia as cefaléias em vasculares e não

vasculares e separava a enxaqueca comum (atualmente migrânea sem aura) da enxaqueca clássica (migrânea com aura).

Em 1998, a Sociedade Internacional de Cefaléia (SIC) elaborou a “Classificação e Critérios Diagnósticos das Cefaléias, Nevralgias Cranianas e Dor Facial, que permitiu a uniformização da nomenclatura e dividiu as dores de cabeça em doze grupos, sendo os quatro primeiros referentes às cefaléias primárias e os restantes em cefaléias secundárias. A classificação da SIC é constituída de critérios de inclusão e exclusão extraídos do relato do paciente e corroborados pela normalidade do exame físico e investigação complementar, quando necessário. (SILVA JR; FORTINI; BORDINI, 2002)

Estes resultados corroboram com os encontrados na literatura. SANVITO *et al* (1996) entrevistaram 595 estudantes de medicina para verificar a ocorrência de cefaléia no último ano, obtendo como resultado que a migrânea teve maior prevalência correspondendo a 54%, quando comparada a outros tipos de cefaléia. Em estudos de prevalência, ZÉTOLA *et al*, (1998), entrevistaram 1006 funcionários de um hospital, e obteve como resultado que 38,5% sofriam de dores de cabeça, destes 65,5% foram classificados como portadores de migrânea e 27,6% de cefaléia tensional e 6,8% como portadores de outros diagnósticos.

4.1.1. GRUPO MIGRÂNEA (Enxaqueca)

Constituído por setenta e duas mulheres, com média de idade de 24,5 anos e desvio-padrão de 8,21 anos. Em relação à profissão, vinte e oito (38,9%) eram docentes dos cursos de farmácia, enfermagem e fisioterapia; vinte (27,7%) eram acadêmicos do curso de enfermagem, oito (11,2%) eram mulheres que trabalhavam em serviços gerais; sete (9,7%) em atendimento ao público, seis (8,3%) acadêmicas do curso de farmácia e três (4,2%) curso de fisioterapia.

Faz parte do grupo migrânea o conjunto de mulheres com os diagnósticos a seguir: 1.1 Migrânea sem aura (n=52); 1.2. Migrânea com aura (n=16); 1.2.1. Migrânea com aura típica (n=04), totalizando um total de 72.

A migrânea tem sido relatada em vários estudos na literatura como o tipo mais comum de cefaléia, e o seu impacto podendo ser avaliada segundo sua frequência, intensidade da dor, sintomas associados, perdas das atividades nas crises e da qualidade de vida entre as crises.

4.1.1.1 Frequência das crises de dor

Com relação à frequência das crises de dor, 37 mulheres (51,3%) relataram apresentar dor de um a três dias por mês; de quatro a sete dias no

mês, 21 (29,2%); de oito a quatorze dias no mês, 6 (8,3%); 15 ou mais dias no mês, 3 (4,2%); diária, 5 (7%).

RASMUSSEN *et al* (1991) relataram que 40% dos migranosos avaliados apresentavam de 1 a 7 dias no ano com dor e 15%, referiram de 8 a 14 dias com dor/ano. SANVITO *et al* (1996) relataram que 81,6% dos estudantes com migrânea tinham pelo menos uma crise ao mês.

VINCENT *et al* (1998) avaliou uma amostra de cinqüenta e cinco migranosos, e a média de crises no mês encontradas em seus estudos foi de 7,4 e desvio-padrão de 4,7. (SILVA JUNIOR, 2001)

BIGAL *et al* (2000) encontraram em torno de 47% dos migranosos com crises de 2 a 4 dias / mês em população de funcionários de um hospital universitário do interior de São Paulo.

Portanto, a distribuição da frequência mensal de dor entre as entrevistadas está comparável com os estudos realizados mundialmente.

4.1.1.2. Intensidade da dor (escala de 1 a 10)

Com relação à intensidade de dor (escala de 1 a 10), das 72 mulheres deste grupo, 5 (7%) quantificaram a intensidade da dor entre 1 e 3; 28 (39%), entre 4 e 7; 39 (54%), entre 8 e 10.

A maioria dos migranosos quantificou entre 8 e 10 a intensidade da dor numa escala de dez pontos. Estes dados podem ser corroborados com a literatura, pois STEWART et al, (1994) e SCHER et al (1998) encontraram que 39,7% das migranosas e 45,6% dos migranosos quantificaram entre 7 e 8 e que 42,4% das migranosas e 31,8% dos migranosos, entre 9 e 10.

4.1.1.3. Sintomas associados às crises de dor

Dentre os sintomas relatados pelas mulheres, os principais foram: náuseas e vômitos, 52 (72,2%), fotofobia, 15 (20,8%); fonofobia, 5 (7%).

QUEIROZ *et al*, (1998) relataram a ocorrência de náuseas e vômitos, fotofobia e fonofobia em 77% dos 200 migranosos avaliados por eles.

FARIAS DA SILVA (1998) encontrou, numa população de 798 migranosos, a queixa de náuseas e vômitos presentes em 74,4%%, fotofobia em 74,86 e fonofobia em 54,16%.

SILBERSTEIN (1995) avaliou 500 migranosos e verificou que náuseas e vômitos ocorriam em quase dois terços das crises, ou seja, quase 70% da amostra. No presente estudo observamos resultados muito próximos aos de FARIAS DA SILVA (1998).

LAVADOS & TENHAMM (1997) realizaram um estudo em Santiago e encontraram que a náusea correspondia a 86% das queixas entre os entrevistados, vômitos entre 49,5%, fotofobia esteve presente em 91% e fonofobia em 97% dos amostrados.

SILVA JUNIOR, (2001) realizou um estudo com 310 funcionários de um hospital na cidade de Campinas – SP, e encontrou que náuseas e vômitos foram relatados por 74%, fotofobia por 60,9% e 58,7% queixaram de fonofobia.

VINCENT *et al* (1998), em um estudo com 993 funcionários da Petrobrás, encontrou presença de náuseas em 16,5%, fotofobia em 30,4% e fonofobia em 31,8%. Vômito não foi relatado por nenhum dos entrevistados.

Em nosso estudo, podemos observar resultados muito próximos aos de QUEIROZ, (1998), FARIAS DA SILVA (1998) e SILVA JUNIOR (2001) no que se refere a náuseas e vômitos.

As queixas de fotofobia e fonofobia foram relatadas em proporção menor quando comparados com outros estudos, provavelmente por uma maior rigidez na interpretação do relato dos entrevistados ou diferente modo de questionamento.

4.1.1.4. Impacto da dor (escala de 0 a 10) nas atividades diárias nos últimos 6 meses

Sabemos que a dor afeta pelo menos 30% dos indivíduos durante algum momento da sua vida e, 10 a 40% deles, têm duração superior a um dia. O impacto constitui a causa principal de sofrimento e incapacitação para o trabalho. Muitos dias de trabalho podem ser perdidos por aproximadamente 40% dos indivíduos.

A Sociedade Brasileira para os Estudos da Dor, utiliza a seguinte classificação para avaliação do impacto: 0 – nenhum prejuízo; 1,2,3 – leve/pequena; 4,5,6 – moderado; 7,8,9 – grande e 10 – muito grande. Em nosso estudo, utilizamos os seguintes critérios: 0 e 2 – nenhum; 3 e 5 – leve; 6 e 8 – moderado e 9 e 10 – grande.

Das setenta e duas mulheres que fazem parte deste grupo, cinco (7%) quantificaram o impacto da dor nas atividades diárias entre 0 e 2; vinte e um (29%) entre 3 e 5; dezoito (25%) entre 6 e 8 e vinte e oito mulheres (39%) entre 9 e 10.

SANVITO *et al* (1996) encontraram que 53,9% dos estudantes de medicina da Santa Casa de São Paulo consideram-se incapazes de realizar as suas atividades diárias durante as crises de enxaqueca.

SCHER *et al* (1998) relataram que 64% dos migranosos e 73,2% dos migranosos estudados por eles nunca ou raramente perdiam parcial ou totalmente as atividades de trabalho ou da escola devido a dor de cabeça.

MOUNSTEPHEN & HARRISON, (1995) realizaram um estudo na Inglaterra, entre 476 funcionários de um centro de pesquisa e comércio na área de indústria química; 27,4% dos migranosos disseram que a dor interferia com a sua produtividade pelo menos moderadamente, e 63% consideraram que havia alguma interferência, mas menos importante.

Em nosso estudo encontramos que 39% das mulheres apresentam impacto da dor em suas atividades diárias entre 9 e 10, correspondendo a um nível grande / intenso. A comparação direta dos nossos resultados com pesquisas anteriores é prejudicada devido a metodologia diferente de avaliação do impacto.

4.1.1.5. Impacto da dor (escala de 0 a 10) nas atividades de lazer, sociais e familiares nos últimos seis meses

Das setenta e duas mulheres que fazem parte deste grupo, nove (12%) quantificaram o impacto da dor nas atividades de lazer, sociais e

familiares entre 0 e 2; vinte e oito (39%) entre 3 e 5; doze (17%) entre 6 e 8 e vinte e três (32%) entre 9 e 10.

BIGAL *et al* (2000) encontraram que 70% dos migranosos haviam cancelado atividades com a família e que 81,2% já tinham desmarcado atividades de lazer durante as crises de dor.

SILVA JUNIOR (2001) encontrou que 48% dos migranosos avaliados quantificaram o impacto da dor na vida social entre 0e 5.

Em nosso estudo, encontramos que 39% das migranosas avaliaram o impacto da dor na vida social entre 0e 5, e 32% quantificaram entre 9 e 10. Os resultados se aproximam com os de SILVA JUNIOR (2001).

4.1.1.6. Impacto da dor (escala de 0 a 10) na capacidade de trabalhar nos últimos 6 meses

Das setenta e duas mulheres que fazem parte deste grupo, seis (8,3%) quantificaram o impacto da dor na capacidade de trabalhar entre 0 e 2; trinta e duas (44,5%) entre 3 e 5; dezesseis (22,2%) entre 6 e 8 e dezoito (25%) entre 9 e 10.

SCHWARTZ, *et al* (1997) realizaram um trabalho nos Estados Unidos, aplicando um questionário em 13343 indivíduos, e obtiveram como resultado que 7,7% perderam em um ano pelo menos um dia inteiro de trabalho

devido a cefaléias (60% migrânea; 13% cefaléia tipo tensional e 27% outros tipos).

PRYSE-PHILLIPS *et al* (1994), em um estudo realizado no Canadá, demonstraram que metade dos migranosos interrompia sua atividade devido à dor e um terço necessitava de repouso, correspondendo a cerca de sete milhões de dias trabalho perdidos no ano.

RASMUSSEN *et al* (1992) estudaram 740 dinamarqueses e encontraram que 43% dos migranosos perdiam pelo menos um dia inteiro de trabalho devido à dor.

LAVADOS & TENHAMM (1997) relataram que 73,7% dos migranosos por eles avaliados freqüentemente não compareciam ao trabalho devido à crise.

4.1.2 GRUPO DE CEFALÉIA TENSIONAL

Formado por trinta mulheres, com média de idade entre 33,5 anos e desvio-padrão de 9,2 anos. Em relação à profissão, quatorze (46,6%) eram docentes dos cursos de farmácia, enfermagem, fisioterapia, nutrição; três (10%) eram acadêmicos do curso de enfermagem, sete (23,3%) eram mulheres que trabalhavam em serviços gerais; cinco (16,7%) em atendimento ao público três (10%) acadêmicas do curso de farmácia.

Foram consideradas pertencentes a este grupo as mulheres que apresentavam os seguintes diagnósticos: 2.4. Cefaléia do tipo tensional crônica (n=14); 2.1. Cefaléia tipo tensional episódica (n=08); 2.3. Cefaléia crônica diária (n= 06); 9.1.2. Cefaléia associada a infecção sistêmica (n=02).

A cefaléia tipo tensional caracteriza-se por dor cefálica de caráter constrictivo, geralmente bilateral, de intensidade leve a moderada, não agravada por atividades físicas de rotina e com duração entre 30 minutos a sete dias. (MATTA & FILHO, 2006)

No que dizem respeito a cefaléias primárias, de uma forma geral, as mulheres são mais acometidas do que os homens. (VINCENT, 1998). Para a cefaléia tipo tensional especificamente, esta afirmação se aplica somente à sua forma crônica. (MATTA & FILHO, 2006). Portanto elas podem ser avaliadas

segundo a frequência, intensidade da dor, sintomas associados, perdas das atividades nas crises e da qualidade de vida entre as crises.

4.2.2.1 Frequência das crises de dor

A frequência de crises de dor relatados pelas mulheres foram de um a três dias por mês por quatorze mulheres (46,7%); de quatro a sete dias no mês por oito (26,7%); de oito a quatorze dias no mês por três (10%); 15 ou mais dias no mês, por 2 (6,6%); diária por 3 (10%).

MATTA & FILHO (2006), em seus estudos encontraram que 80% dos pacientes estudados com cefaléia tipo tensional referiram ataques com frequência igual ou superior a um dia por mês.

SERRANO-DUEÑAS (2000) relataram uma frequência de ataques dolorosos superior a uma vez ao mês em 37% dos portadores de cefaléia tipo tensional.

LAVADOS & TENHAMM (1998) relataram que 32,7% das mulheres e 42,2% dos homens com cefaléia tipo tensional apresentavam de 2 a 4 crises de dor no mês.

VINCENT *et al* (1998) relataram uma frequência média de 2,7 crises ao mês para a cefaléia tipo tensional em uma amostra de 262 indivíduos.

Nossos dados apresentaram resultados semelhantes, com 46,7% das mulheres relatando de uma a três crises no mês.

4.2.2.2. Intensidade da dor (escala de 1 a 10)

Das trinta mulheres deste grupo, 8 (26,6%) quantificaram a intensidade da dor entre 1 e 3; 16 (53,4%), entre 4 e 7; 06 (20%), entre 8 e 10, como mostra na Figura 10.

Em geral, os pacientes descrevem a dor com uma sensação de aperto, pressão. Não é latejante, sua localização é bilateral, sendo a região occipital mais afetada que a frontal ou temporal. É de intensidade fraca a moderada. (ZUKERMAN, 2002).

SCHER *et al*, (1998) encontraram que 62,8% das mulheres e 72,1 % dos homens quantificaram a intensidade da dor na cefaléia tipo tensional crônica entre 1 a 6 em 289 indivíduos.

Oitenta por cento das mulheres em nosso estudo com cefaléia tipo tensional quantificaram a intensidade da dor entre 1 e 7. Estes dados podem ser comparados com SILVA JUNIOR, (2001), que em seus estudos encontrou uma imensa maioria (89%) da amostra com cefaléia tipo tensional com uma intensidade de dor entre 1 a 7.

4.2.2.3. Sintomas associados às crises de dor

Dentre os sintomas relatados pelas mulheres, os principais foram: náuseas, seis (20%), fotofobia, três (10%); fonofobia, um (3,3%) e nenhum sintoma associado, vinte (66,7%).

FARIAS DA SILVA (1998), estudando 362 portadores de cefaléia tipo tensional, encontrou que fotofobia era relatada por 9,66% dos entrevistados e fonofobia por 6,62%%.

MATTA & FILHO (2006) encontram um baixo percentual de fenômenos acompanhantes, ficando quase a metade dos pacientes isentos de tais sintomas (48%). Os sintomas presente foram enjôo e fotofobia, apresentando 20% e 16% da amostra, respectivamente.

LAVADOS & TENHAMM (1998) relataram que náuseas nunca ou raramente ocorriam nas crises de 88,8% dos homens e 75,1% das mulheres com cefaléia tensional; fotofobia ficou em 64,7% dos homens e 45,5% das mulheres.

SCHER et al (1998) relataram que raramente náuseas, fotofobia e fonofobia ocorriam em pacientes com cefaléia tipo tensional.

Encontramos em nosso estudo que 67,7% das mulheres referiam ausência de sintomas associados, corroborando com as publicações mundiais.

4.2.2.4. Impacto da dor (escala de 0 a 10) nas atividades diárias nos últimos 6 meses

Das trinta mulheres que fazem parte deste grupo, oito (26,6%) quantificaram o impacto da dor nas atividades diárias entre 0 e 2; doze (40%) entre 3 e 5; seis (20%) entre 6 e 8 e quatro mulheres (13,4%) entre 9 e 10.

Segundo ZULERMAN (2002) este tipo de cefaléia não impede as atividades diárias.

MATTA & FILHO (2006), em sua casuística encontraram valores entre 30 minutos e 24 horas de duração da crise, o que segundo relatos dos entrevistados não interferiram nas atividades diárias.

LANGEMARK *et al* (1998) relataram 62 (51,4%) dos 148 indivíduos com cefaléia tensional afirmando que a dor não interferia com as atividades diárias, enquanto 10 (6,8%) relataram que a dor era incapacitante. (SILVA JUNIOR, 2001).

SCHER *et al* (1998) relataram que 92,5% das mulheres e 93,6% dos homens com cefaléia tipo tensional crônica nunca ou raramente perdiam trabalho ou escola devido à dor.

4.2.2.5. Impacto da dor (escala de 0 a 10) nas atividades de lazer, sociais e familiares nos últimos seis meses

Das trinta mulheres que fazem parte deste grupo, doze (40%) quantificaram o impacto da dor nas atividades de lazer, sociais e familiares entre 0 e 2; dez (33,3%) entre 3 e 5; cinco (16,7%) entre 6 e 8 e três (10%) entre 9 e 10.

LAVADOS & TENHAMM (1998) relataram que 74,3% dos indivíduos com cefaléia do tipo tensional apresentavam dor durante as atividades sociais ou familiares, embora 48,8% relatem que nunca ou raramente perdiam atividades dessa natureza por causa da dor.

SILVA JUNIOR, (2001) relata que 52% dos indivíduos entrevistados quantificaram ausência ou raramente apresenta dor nas atividades de lazer, sociais e familiares.

Em nosso estudo, 40% das mulheres entrevistadas quantificaram entre 0 e 2 a presença de dor nas atividades de lazer, sociais e familiares, ou seja, está comparável com os achados de outros autores.

4.2.2.6. Impacto da dor (escala de 0 a 10) na capacidade de trabalhar nos últimos 6 meses

Das trinta mulheres que fazem parte deste grupo, quinze (50%) quantificaram o impacto da dor na capacidade de trabalhar entre 0 e 2; oito (26,6%) entre 3 e 5; quatro (13,4%) entre 6 e 8 e três (10%) entre 9 e 10. (Figura 14)

RASMUSSEN *et al* (1992), em um estudo realizado na Dinamarca, com uma amostra de 740 indivíduos, encontraram que 12% dos entrevistados com cefaléia tipo tensional perdiam pelo menos um dia inteiro de trabalho num ano devido à dor.

SCHER *et al* (1998) relataram que 73,8% das mulheres e 72% dos homens com cefaléia tipo tensional crônica estimaram uma diminuição da sua eficiência no trabalho devido à dor, em menos de 49% dos entrevistados.

SCHWARTZ *et al* (1998) relataram que 8,3% dos indivíduos com cefaléia tipo tensional episódica e 11,8% daqueles indivíduos com cefaléia tipo tensional crônica perdiam dias de trabalho devido à dor.

VINCENT, *et al* (1998) relataram que cerca de 10% dos funcionários entrevistados (n=993) perderam pelo menos um dia de trabalho.

A nossa casuística não foi muito diferente dos dados apresentados pela literatura.

4.1.3. GRUPO AUSÊNCIA DE CEFALÉIA

Formado por mulheres que não relataram cefaléia nos últimos seis meses. Participaram deste grupo 48 mulheres, com média de idade de 25,5 anos e desvio padrão de 8,9 anos. Em se tratando da profissão, dez (20,8%) eram docentes dos cursos de farmácia, nutrição e educação física; 18 (37,5%) eram acadêmicas do curso de educação física, oito (16,6%) do curso de fisioterapia; quatro (8,4%) do curso de farmácia; cinco (10,4%) trabalhavam no atendimento ao público; dois (4,2%) trabalhavam nos serviços gerais e um (2,1%) no atendimento ao público. O objetivo deste grupo era realizar a comparação com as mulheres migranosas e aquelas que possuíam cefaléia tensional, porém devido a ausência de um estudo populacional no nosso país com a avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde utilizando o SF-36, nós o comparamos

os valores obtidos com aqueles publicados pelos estudos internacionais. (Tabela 2)

Tabela 2. Comparação entre os escores do SF-36 dos grupos com ausência de cefaléia de vários países.

Autor e país de origem da publicação.	EUA (WARE <i>et al</i>, 1995)	Reino Unido (BRAZIER <i>et al</i>, 1992)	França (PERNEGER <i>et al</i>, 1995)	Alemanha (BULLINGER, 1995)	Suécia (SULLIVAN, <i>et al</i>, 1995)	Valores do nosso grupo (ausência de cefaléia)
Aspectos do SF-36 (medias)						
VIT	62,4	61,7	65,6	58,26	68,8	65,6
CF	85,2	86,2	91,3	95,97	87,9	86,9
Dor	74	80,9	79,5	89,68	74,8	73,6
SM	75,6	75,1	69,3	69,65	80,9	89,7
EGS	72,1	72	76,7	75,67	75,8	79,6
AF	82,9	84,6	91,3	95,97	87,9	78,5
AE	82,9	84,4	77,4	71,81	85,7	81,1
AS	84,6	88,4	83,9	81,43	88,6	80,2

A exposição destes dados tem caráter ilustrativo, tendo em vista uma comparação fidedigna só poderia ser feita com valores obtidos por uma amostra oriunda de um grande estudo populacional, respeitando as características de gênero, idade e nível cultural.

4.2. CARACTERIZAÇÃO DOS DESCRITORES DA DOR

Primeiramente, obtivemos uma caracterização diferente entre dois grupos (Grupo Migrânea e Grupo Tensional), quanto à idade, profissão, e se acadêmico, qual curso pertencia. Participaram um total de 102 mulheres, das quais setenta e duas mulheres pertenciam ao grupo Migrânea (GM), e trinta pertenciam ao grupo Tensional (GT).

No grupo da Migrânea obtivemos uma média de idade de 24,5 anos, variando de 18 a 31 anos. Quanto à profissão vinte e oito (38,9%) eram docentes; oito (11,2%) trabalhavam em serviços gerais; sete (9,7%) em atendimento ao público; vinte (27,7%) acadêmicos de enfermagem; seis (8,3%) acadêmicos de farmácia e três (4,2%) acadêmicos de fisioterapia.

No grupo Tensional, obtivemos uma média de idade de 32,5 anos, variando de 26 a 39 anos. Em relação à profissão, doze (40%) eram docentes dos cursos de farmácia, enfermagem, fisioterapia, nutrição; 3 (10%) eram acadêmicos do curso de enfermagem, 7 (23,3%) eram mulheres que trabalhavam em serviços gerais; 5 (16,7%) em atendimento ao público 3 (10%) acadêmicas do curso de farmácia.

Quanto à caracterização da dor dos diferentes grupos, os resultados obtidos foram:

- Os descritores de maior atribuição para o grupo migrânea foram alucinante, fulminante, insuportável, enlouquecedora, terrível, intensa, esmagadora, forte, dolorosa, latejante. Os descritores de maior atribuição para o grupo tensional foram dilacerante, desumana, terrível, intensa, tremenda, desagradável, que espalha, forte, dolorosa, aborrecível.

(Tabela 4)

Tabela 3. Média Aritmética (MA) e desvio padrão da média aritmética (DP) em ordem de posição das estimativas de categorias que mais caracterizam os descritores de dor nos grupos de migrânea e tensional, respectivamente. Patos de Minas, 2007.

Descritores			Descritores		
Grupo Migrânea	M.A.	DP	Grupo Tensional	M.A.	DP
Alucinante	5,81	0,54	Dilacerante	5,56	0,89
Fulminante	5,75	0,68	Desumana	5,56	1,09
Insuportável	5,75	0,68	Terrível	5,56	0,73
Enlouquecedora	5,69	0,60	Intensa	5,44	0,89
Terrível	5,69	0,60	Tremenda	5,44	0,89
Intensa	5,56	0,73	Desagradável	5,44	0,89

Esmagadora	5,56	0,73	Que espalha	5,44	0,82
Forte	5,56	0,83	Forte	5,38	1,15
Dolorosa	5,50	0,97	Dolorosa	5,38	1,15
Latejante	5,50	0,97	Aborrecível	5,38	1,09

- Os descritores de menor atribuição para o grupo migrânea foram aniquiladora, colossal, brutal, maldita, torturante, como choque, deprimente, monstruosa. E os descritores de menor atribuição para o grupo tensional foram desgraçada, apavorante, pavorosa, destruidora, como choque, assustadora, brutal. (Tabela 5)

Tabela 4. Média Aritmética (MA) e desvio padrão da média aritmética (DP) em ordem de posição das estimativas de categorias que menos caracterizam os descritores de dor nos grupos de migrânea e tensional, respectivamente. Patos de Minas, 2007.

Descritores			Descritores		
Grupo Migrânea	M.A.	DP	Grupo Tensional	M.A.	DP
Como choque	3,56	2,16	Como choque	3,38	2,53
Brutal	3,56	2,16	Pavorosa	3,44	2,43
Colossal	3,94	2,46	Apavorante	3,56	2,16

Monstruosa	4,25	2,38	Brutal	3,69	2,30
Maldita	4,44	1,86	Assustadora	3,94	2,46
Torturante	4,56	2,13	Destruidora	4,06	2,74
Deprimente	4,56	2,13	Desgraçada	4,19	2,26
Aniquiladora	4,75	1,98	Impressionante	4,25	1,68

Para uma melhor compreensão dos resultados, foi realizada a comparação entre os descritores que mais caracterizavam a dor no grupo migrânea e no grupo tensional através do teste estatístico de Mann-Whitney. Para um nível de significância de $\alpha = 0,05$, o teste mostrou que as distribuições dos dois grupos são estatisticamente diferentes ($p=0,000$).

Não houve relação significativa entre idade, profissão e curso que as participantes atuavam ou estudavam.

Observaram-se os descritores como “brutal”, “maldita”, “monstruosa”, “como choque”, “torturante”, eram atribuídos e expressados pelas mulheres como termos que não deviam ser utilizados devido à relação com a área da saúde. Estes termos ficaram entre os piores descritores de dor.

Com relação aos descritores de maior atribuição, percebe-se um predomínio no grupo migrânea dos descritores “fulminante” e “insuportável” remetem às características da doença. E para o grupo tensional, os descritores

“terrível” e “dilacerante”, que também denotam uma das características fundamentais da cefaléia.

SALTARELI; ZAMBRANO; HORTENSE & FALEIROS SOUSA, (2004) encontraram em seu estudo referente à caracterização da dor crônica em paciente portadores de fibromialgia e artrite reumatóide descritores semelhantes ao nosso.

4.3. VARIÁVEIS DA QUALIDADE DE VIDA

Como já mencionado, utilizou o questionário Medical Outcomes Study – 36 - Item Short – Form- Health Survey (SF-36) composto por 36 itens agrupados em oito dimensões e, para cada mulher e para cada uma das dimensões, obteve-se um escore ao se aplicar uma escala de medida com valores de 0 (pior estado de saúde) a 100 (melhor estado de saúde). Os resultados e os valores estatísticos descritivos estão mostrados na Tabela 5.

Tabela 5. Valores mínimos, máximos, quartis, médias e respectivos desvio-padrão para cada um dos domínios do SF-36. Mulheres com migrânea, cefaleia tipo tensional e ausência de cefaleia. Patos de Minas, 2007.

Domínios	Valor Mínimo	Valor Máximo	Migrânea	Cefaleia Tensional	Ausência de cefaleia
VIT	10,0	100,0	56,0	57,2	65,6
CF	5,0	100,0	80,0	82,5	86,9
Dor	0,0	100,0	66,0	66,9	73,6
SM	8,0	100,0	67,0	64,5	89,7
EGS	5,0	100,0	61,0	75,3	79,6
AF	0,0	100,0	68,0	76,3	78,5
AE	0,0	100,0	71,0	79,6	81,1
AS	0,0	100,0	74	79,5	80,2

A seguir, uma descrição detalhada de cada um dos domínios do SF-36 é apresentada, seguida de comparação com outros estudos envolvendo pacientes que apresentam cefaléia e o SF-36.

4.3.1. Vitalidade

Vitalidade é composto por quatro itens (relacionados a vigor, energia, esgotamento e cansaço), e neste domínio encontrou-se um alfa de Cronbach igual a 0,7923, valor considerado alto, mostrando consistência nas respostas para este domínio.

Em relação aos escores encontrados dentre os demais, foi o que apresentou menor escore. Em relação aos escores encontrados, o valor mínimo para Vitalidade foi de 10,0 e o valor máximo de 100,0. O valor médio encontrado nos grupos de migrânea, cefaléia tensional e ausência de cefaléia foram de 56,0; 57,2 e 65,6, respectivamente, com desvio padrão de 18,7; 21,3 e 17,3, mediana igual a 90; 95 e 90. Os quartis 1 e 3 iguais, respectivamente a 50,0 e 85. Observou-se, neste domínio, que 8,2% das mulheres encontraram-se no quartil mais elevado e 19,5% no menor quartil.

No estudo de OSTERHAUS *et al* (1994) os migranosos apresentaram escores de 50,9, só não foi menor que o obtido pelos deprimidos (49,0).

CICONELLI, (1997), encontrou em seus estudos com pacientes brasileiros portadores de artrite reumatóide um escore de 66,3, maior que todas as obtidas pelos grupos de cefaléia.

Há relatos de menores escores de Vitalidade em pacientes deprimidos, com insuficiência cardíaca e para pacientes com lombalgia crônica (CICONELLI, 1997).

No estudo de LIMA (2002), no qual o SF-36 foi comparado com um instrumento específico de hipertensão, resultados similares foram observados, o domínio Vitalidade também apresentou pior escore ($56,0 \pm 22$) apontando para um certo comprometimento dos sujeitos em relação à disposição e ânimo para enfrentamento de situações cotidianas.

4.3.2. Aspectos Sociais

Aspectos Sociais (AS) o qual é composto por dois itens (relacionados a quanto o problema físico ou emocional interfere nas atividades sociais normais), encontrou-se um alfa de Cronbach de 0.8599, valor considerado alto, o qual mostra consistência nas respostas obtidas para este domínio. Em relação aos escores encontrados, o valor mínimo para Aspectos Sociais foi de 0,0 e o valor máximo de 100,0. O valor médio encontrado para os grupos de migrânea, cefaléia tensional e ausência de cefaléia, foram 74,0; 79,5 e 80,2, respectivamente.

O desvio-padrão de 26,1; 21,0 e 22,5, mediana igual a 87,5, quartis 1 e 3 iguais, respectivamente a 87,5 e 100,0. Observou-se, neste domínio, que 69,9% das mulheres encontravam-se no quartil mais elevado e 7,4% no quartil inferior.

No estudo de OSTERHAUS *et al* (1994) os migranosos apresentaram escores menores que os hipertensos, diabéticos e portadores de osteoartrite. Este aspecto foi um dos três que melhoraram após o tratamento abortivo das crises em 255 migranosos de acordo com os dados publicados por SOLOMON *et al* (1995).

Se compararmos os dados de BIGAL *et al.* (2000), e LAVADOS & TENHAMM (1997), observamos que os migranosos da nossa casuística relataram menor impacto da dor nas atividades sociais e familiares, o que se reflete na ausência de diferença estatisticamente significativa no aspecto social entre três grupos.

4.3.3 Dor

Neste domínio, o qual é composto por dois itens; encontrou-se um alfa de Cronbach, igual a 0,6838, valor que aponta consistência nas respostas para este domínio.

Em relação aos escores encontrados, o valor mínimo para Dor foi de 0,0 e o valor máximo de 100,0. O valor médio encontrado nos três grupos de mulheres foram 66,0; 66,9 e 73,6 respectivamente, com desvio-padrão de 23,36;

24,76 e 25,1, mediana igual a 61; 67 e 74, quartis 1 e 3, respectivamente a 42,0 e 100,0.

Uma das características dos instrumentos genéricos de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde é possibilitar a comparação entre diversas patologias crônicas. OSTERHAUS *et al* (1994) compararam os escores do SF-36 de migranosos com várias patologias e encontraram menor escore (51,3), portanto pior condição de dor no grupo de enxaquecosos que os escores obtidos pelos portadores de osteo-artrite (69,7). (SILVA JUNIOR, 2001).

No presente estudo, esse domínio apresentou o segundo pior escore. Ao se analisar qual opção deste domínio apresentou maior frequência, observou-se que 41,4% das mulheres responderam que a intensidade da dor era muito grave.

Quando comparamos o nosso resultado do grupo Migrânea (66,0), com o escore de dor encontrado por CICONELLI (1997), em seus estudos com portadores de artrite reumatóide no Brasil (63,9), os dados são plenamente justificados.

A coerência dos nossos resultados se alicerça principalmente em dois fatos: 1. Os valores obtidos dos grupos Migrânea e Cefaléia Tensional se diferem do grupo com ausência de cefaléia. 2. O valor obtido pela nossa amostra, não oriunda de uma clínica especializada de cefaléia, se aproxima dos

valores obtidos pelos estudos populacionais, como o obtido por TERWINDT *et al* (2000).

4.3.4. Saúde mental

Neste domínio, o qual o é composto por cinco itens (depressão e nervosismo) encontrou-se um alfa de Cronbach igual a 0,7294, valor este que mostra consistência nas respostas obtidos para este domínio.

Em relação aos escores encontrados, o valor mínimo para Saúde Mental foi de 8,0 e o valor máximo de 100,0. O valor médio encontrado nos três grupos foram 67,0; 64,5 e 89,7 respectivamente, com desvio-padrão de 22,21; 19,50 e 17,35.

Os itens mais comprometidos nesse domínio foram 9b (média = 67 e mediana = 80) e 9h (média = 67,7 e mediana = 80), os quais relacionam-se a quanto tempo de sua vida, nas últimas 04 semanas, o indivíduo sentiu-se nervoso ou infeliz. Assim, nesse estudo, a deterioração da qualidade de vida na área emocional, pode estar relacionada com ansiedade, depressão e medo das crises, as quais são mais freqüentes em paciente migranosos.

Este parâmetro parece ser intensamente comprometido nos pacientes com cefaléia. O grupo de pacientes brasileiros com artrite reumatóide avaliados

por CICONELLI, 1997, apresentou a pontuação de 70,3 maior que todas as obtidas pelos grupos de cefaléia. Só há relato de escores menores de saúde mental em pacientes deprimidos.

4.3.5. Estado Geral de Saúde (EGS)

Neste domínio, o qual é composto por cinco itens (relacionados à saúde), encontrou-se um alfa de Cronbach igual a 0,4920, valor considerado mediano, mostrando algum comprometimento da consistência nas respostas para este domínio.

Em relação aos escores encontrados, o valor mínimo para EGS foi de 5,0 e o valor máximo de 100,0. O valor médio encontrado nos três grupos foram 61,0 (Migrânea); 75,3(Cefaléia Tensional) e 79,61(ausência de cefaléia), respectivamente. O desvio-padrão de 18,84; 20,13 e 16,27, mediana igual a 67, 80 e 82, respectivamente, quartis 1 e 3, igual a 72,0 e 92,0.

Nesse domínio o item que apresentou menor escore foi o 11d (média= 53,8 e mediana = 62,5), significando que as mulheres considerava como falsa a afirmativa: “ minha saúde é excelente”.

Percebe-se através dos dados encontrados que houve pouco comprometimento neste domínio; sendo que na literatura estudada encontrou-se valores inferiores para EGS.

OSTERHAUS, et al (1994) relataram que migranosos apresentaram menores escores no SF-36 que os hipertensos em todos os aspectos, exceto no estado geral de saúde. Quando comparados com diabéticos, os mesmos autores relataram que os migranosos apresentaram menores escores em todos os aspectos, exceto na capacidade funcional e estado geral da saúde.

Vários estudos relatam que a hipótese de que influenciar a percepção do estado geral da saúde não seja atributo das cefaléias.

Acreditamos que a diferença não significativa observada no aspecto geral da saúde entre os nossos grupos decorra das características do impacto causado pela cefaléia na população e da relativa baixa frequência de crises da nossa casuística.

4.3.6. Aspectos Físicos (AF)

Neste domínio, o qual o é composto por quatro itens (relacionados a problemas com trabalho ou alguma atividade diária em decorrência de sua saúde física) encontrou-se um alfa de Cronbach igual a 0,8724, valor

considerado alto, que mostra consistência nas respostas obtidos para este domínio.

Em relação aos escores encontrados, o valor mínimo para os Aspectos físicos foi de 0,0 e o valor máximo de 100,0. O valor médio encontrado nos três grupos foram 68,0 (Migrânea); 76,3(Cefaléia Tensional) e 78,5(ausência de cefaléia), respectivamente. O desvio-padrão de 20,6; 30,53 e 33,34, mediana igual a 100,0, respectivamente, quartis 1 e 3, igual a 25,0 e 100,0.

Os itens mais comprometidos neste domínio foram 4 a (média = 20, mediana = 0) e 4b (media =20 e mediana = 0), os quais relacionam-se à problemas como tempo de dedicação ao trabalho ou outras atividades e com a quantidade de tarefas realizadas, como consequência de sua saúde física.

Em estudo realizado por MARTINS *et al* (nnn), com 71 pacientes, sobre qualidade de vida de pessoas com doenças crônicas, o qual teve como objetivo identificar o significado de qualidade de vida para as pessoas com doença crônica e verificar a interferência de doença sobre a qualidade de vida dos mesmos, observou-se que a doença crônica interferiu na qualidade de vida das pessoas por alterar sobretudo a sua capacidade física (67,6%), entre outras funções.

Na avaliação dos grupos de cefaléia estudados por clínicas especializadas há uma maior frequência das crises e sintomas associados aos

aspectos físicos, apresentando uma pior condição de saúde que os oriundos da população geral (SILVA JUNIOR, 2001).

A importância do aumento da frequência da dor no prejuízo do aspecto físico do indivíduo é facilmente observada ao analisarmos a diferença entre o escore (49,2) do grupo de migranosos e o valor 24,8 do grupo de cefaléia crônica diária encontrado por MONZON & LAINEZ (1998)l. Quando há diminuição da frequência das crises, ocorre melhora na pontuação deste aspecto, como observado por SOLOMON *et al* (1995) e SILVA JUNIOR (2001).

A principal causa de incapacidade no mundo, até o ano de 2020, serão condições crônicas e, caso não sejam bem, gerenciadas, representaram o problemas mais dispendioso para os sistemas de saúde. HEMINGWAY *et al* (1997).

4.3.7. Aspectos Emocionais (AE)

Neste domínio, o qual o é composto por três itens (relacionados às alterações com o trabalho ou alguma atividade diária em decorrência de problemas emocionais). Para este domínio encontrou-se um alfa de Cronbach igual a 0,9618, valor alto, que demonstra consistência nas respostas obtidos para este domínio.

Em relação aos escores encontrados, o valor mínimo para Aspectos Emocionais foi de 0 e o valor máximo de 100,0. O valor médio encontrado nos três grupos foram 71,0 (Migrânea); 79,6(Cefaléia Tensional) e 81,1(ausência de cefaléia), respectivamente. O desvio-padrão de 26,11; 21,07 e 33,27, mediana igual a 100, respectivamente, quartis 1 e 3, igual a 0 e 100,0.

Os Aspectos Emocionais foi o terceiro domínio com maior escore neste estudo, não foi observada, nos grupos migrânea, cefaléia tensional e ausência de cefaléia alteração emocional significativa que afetasse a vida diária dessas mulheres.

Na avaliação dos aspectos emocionais, assim como nos aspectos sociais e físicos, observamos uma melhor pontuação quando comparados com outros grupos, decorrente da origem não ambulatorial de nossa amostra e o fato de estarmos estudando mulheres com plena capacidade laborativa.

4.3.8. Capacidade Funcional (CF)

Neste domínio, o qual é composto por dez itens (relacionados a dificuldades de realização de atividades diárias devido à saúde) encontrou-se um alfa de Cronbach igual a 0,9155 valor este que mostra consistência nas respostas obtidos para este domínio.

Em relação aos escores encontrados, o valor mínimo para Capacidade Funcional foi de 5,0 e o valor máximo de 100,0. O valor médio encontrado nos três grupos foram 80,0 (Migrânea); 82,5(Cefaléia Tensional) e 86,9 (ausência de cefaléia), respectivamente. O desvio-padrão de 26,54; 21,32 e 17,35, mediana igual a 90, 95 e 90, respectivamente, quartis 1 e 3, igual a 20,0 e 100,0.

Sabe-se que há interferência das crises de migrânea na capacidade do indivíduo em realizar suas atividades diárias. Vários fatores estariam implicados nesse processo, tais como a intensidade moderada a severa das crises, piora com os esforços físicos e os sintomas associados.

No que se refere à questão três desse domínio, observou-se, respectivamente, que as mulheres que apresentavam migrânea e cefaléia tensional, nas opções 3 a, 3c, 3f, e 3g foram as mais afetadas. Assim, 57,4% das mulheres migranosas apresentavam muita dificuldade para realizar “atividade vigorosa que exige muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar de práticas de esportes árduos”; 42,6% “tinham dificuldade em curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se” e 33, 3% tinham “muita dificuldade em andar mais de um quilômetro”. Valores parecidos foram encontrados nas mulheres que apresentavam cefaléia tensional, porém em menor intensidade.

SOLOMON *et al* (1994) utilizou o SF-20 para comparar o impacto causado da migrânea, cefaléia em salvas e cefaléia tipo tensional crônica, os

autores observaram um importante prejuízo da migração na capacidade funcional do indivíduo.

Os dados sugerem que a alta frequência e a gravidade das crises sejam determinantes do prejuízo nas atividades diárias das mulheres.

No grupo com ausência de, devido ao número escasso de publicações de um estudo populacional em nosso país, a amostra não pôde ser comparada, pois é importante ressaltar que uma comparação fidedigna só poderia ser feita com os valores obtidos por uma amostra oriunda de um grande estudo populacional, respeitando as características de gênero, idade e nível cultural. Cabe ressaltar que em grande parte da literatura encontrada não havia menção aos aspectos de grupo controle/ausência de cefaléia nas avaliações da qualidade de vida relacionada à saúde.

Ressaltamos a ausência de outros estudos com portadores de cefaléia tipo tensional.

5. Conclusões

A análise dos resultados nos permitiu as seguintes conclusões:

1. Verificar a prevalência da cefaléia em uma Instituição de Ensino Superior, no interior de Minas Gerais, propiciando o conhecimento das características da mesma.
2. Apesar da relativa baixa frequência de crises relatadas pelas mulheres, a migrânea causa impacto importante nas atividades diárias, sociais e capacidade de trabalhar do indivíduo.
3. Os grupos estudados através da caracterização dos descritores da dor caracterizaram como alucinante, fulminante e insuportável o descritor de maior atribuição referente à migrânea e dilacerante, desumana e terrível os maior atribuição referente à cefaléia tensional. Os descritores de menor atribuição para o grupo de migrânea foram aniquiladora, colossal e brutal e para o grupo tensional foram desgraçada, apavorante e pavorosa.
4. As mulheres estudadas apresentaram qualidade de vida relacionada à saúde satisfatória em relação aos domínios integrantes do SF-36.

5. Os domínios correspondentes ao instrumento utilizado (SF-36) que apresentaram maior comprometimento foram Vitalidade, Dor, Saúde Mental e Aspectos Físicos.
6. O SF-36 mostrou-se um bom instrumento para Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde das mulheres com queixa de cefaléia.

6. Considerações Finais

Qualidade de Vida (QV) é um conceito complexo que envolve vários elementos do processo de viver. Mensurar qualidade de vida de pessoas com cefaléia, por meio de dimensões específicas integrantes no SF-36, é um processo laborioso e que acreditamos ter apenas iniciado a sua compreensão. É sabido que viver com uma condição crônica de saúde, especificamente a cefaléia acarreta uma série de mudanças para as mulheres e àqueles com quem convive.

A partir deste estudo pretende-se criar um Ambulatório de Dor na Instituição de Ensino Superior e concomitantemente a criação da Liga da Dor, de maneira interdisciplinar, para que possamos buscar alternativas que possibilitem a diminuição do quadro algico, utilizando os recursos disponíveis.

A investigação da prevalência da cefaléia foi parcialmente abordada, pois estudos mais aprofundados serão necessários uma vez que, a temática dor sempre abrirá novas perspectivas de investigação.

Referências

1. Ad Hoc Committee on classification of headache. JAMA, v.179, p717-8, 1962
2. ANDUJAR, AM; Modelo de qualidade de vida dentro dos domínio biopsicossocial para aposentados. 2005. Disponível em [HTTP://www.sbc.org.br](http://www.sbc.org.br). Acesso em novembro de 2006.
3. AUQUIER, 1997 AUQUIER P; SIMEONI MC & MENDIZABAI H, 1997. **Approches théoriques et méthodologiques de la qualité de vie liée à la santé.** *Revue prevenir* 33:77-86.
4. BAREA, LM; TANNHAUSER, M. ROTTA, NT. An epidemiologic study of headache among children and adolescents of southern Brazil. **Cephalgia**.1996: 16:545-9
5. BASTOS, S. B.; ALMEIDA-FILHO, N.; SANTANA, V.S. Prevalência de cefaléia como sintoma em um setor urbano de Salvador, Bahia. **Arq Neuropsiquiatr**, v, 51, p. 307-312, 1993.
6. BIGAL, M. E.; FERNANDES, L. C.; MORAES, F.; BORDINI, C. A; SPECIALI, J. G. Prevalência da migrânea e impacto sobre a qualidade de vida em funcionários do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 58 ,p. 431-436, 2000.
7. BORDINI, C. A. Impacto na vida diária causado pela enxaqueca. **Anais do XII Congresso Internacional da Sociedade Brasileira de Cefaléia**, 1998.

8. BRESLAU, 1993 BRESLAU, MR; KIM, S; BRAZIER, J. Mensuring the sucess of reatment in patients terms. **Med Care**. 1993;33:AS226-AS235.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Prático do Programa de Saúde da Família. Brasília, Ministério da Saúde. 2001. 128p.
10. CASTILHO J, MUÑOZ P, GUITERA V, PASCUAL J. Epidemiology of chronic daily headache in the general population. **Headache** 1999;39: 190-6
11. CASTRO, 2003 Castro M, Caiuby AVS, Draibe AS, Canziani MEF. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. **Rev Assoc Med Bras** 2003; 49(3): 245-9
12. CICONELLI, 1997 Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev Bras Reumatol** 1998; 39:143 -50.
13. COHEN SR, MOUNT BM, MACDONALD N. Defining quality of life. **Euro J Câncer** 1996; 32:753-4
14. CORREA, CF. Em busca do alívio. Entrevista. **Revista Época**. 2007. 9 de abril. 91-99
15. FARIAS DA SILVA, W. **Anamnese**. Cefaléias. São Paulo. Lemos editorial. 2002
16. FARIAS DA SILVA, W; SAMPAIO MCF; NETO, JC. Prevalência de cefaléia no transcorrer da vida em uma amostra da população da região metropolitana de Recife. 2005. **Migraneas cefaléias**. V8, n4. 104-106.
17. FARIAS DA SILVA, W. **Algias Craniofaciais**. São Paulo. Lemos Editorial, 1998.

18. FERRAZ, 1998 Ferraz MB. Qualidade de vida: conceito e um bre histórico. *Jovem Médico* 1998; 4:219-22.
19. FILHO, P.M. História das cefaléias. **Cefaléias**. São Paulo. Lemos editorial. 2002
20. FORTINI, I, BORDINI, CA; SILVA JR. Migrânea (enxaqueca). **Cefaléias**. São Paulo. Lemos Editorial, 2002
21. HARTMAIER, SL; EPSTEIN, RS; SANTANELLO, NC; SILBERSTEIN, SD. Development and Preliminary validation of a 24-hour Migraine-Specific Quality of Life Questionnaire. **Headache**, 1994. v34. p 306-307
22. HENRY, 1992 HENRY, MR; EDMEDS E, FINDLAY H. **Impact of migraine and tension-type headache on life style, consulting behavior and medication use: a Canadian population survey.** **Can J Neurol sci** 1999; 20:131-137.
23. HOFFMANN; TARZIAN, 2001
24. JACOBSON, GP. RAMADAN, NN. The Henry Ford Hospital Headache Disability Inventory (HDI). **Neurology**. 1994, v44, p 837-42.
25. LALONDE M. **A new Perspective on health of Canadians: a work Paper**, 1974. Ottawa, 76p
26. LAVADOS, PM; TENHAMM, E. Epidemiology of migraine headache in Santiago, Chile: a prevalence study. **Cephalalgia**, 1997. v 17, p 770-777.
27. LAVADOS, PM; TENHAMM, E. Epidemiology of tension-type headache in Santiago, Chile: a prevalence study. **Cephalalgia**, 1998. v 18, p. 552-558
28. LIPTON RB, STEWART WF. Prevalence and impact of migraine. **Neurol Clin**. 1997;15:1-13.

29. MARTIN, BC; PATHAK DS; SHARFMAN, MI ADELMAN JU. Validity and reliability of the migraine-specific quality of life questionnaire (MSQ Version 2.1). **Headache**. 2000 v. 40(3), p 204-216
30. MATTA, APC; FILHO, PFM. Cefaléia tensional episódica. **Arq Neuropsiquiat**. 2006; 64(1): 95-99
31. McHORNEY, CA; KOSINSKI, M; WARE, JE. Comparisons of the costs and quality of norms for the SF-36 health survey collected by mail versus telephone interview: results from a national survey. **Med Care**,1994. v 32, p 551-567
32. MINAYO, 2000 MINAYO, Maria Cecília de Souza, HARTZ, Zulmira Maria de Araújo, BUSS, Paulo Marchiori. **Qualidade de Vida e Saúde**: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.5, n.1, p.7-18, 2000.
33. MONZÓN & LÁINEZ, Quality of life in migraine and chronic daily headache patients. **Cephalalgia**, 1998. v 18, p. 638-643
34. MOUNSTEPHEN, AH; HARRISON, RK. A study of migraine and its effects in a working population. *Occup. Med.* 1995; 45:311-17
35. OLESEN, J. Some clinical features of the acute migraine attacks: an analysis of 750 patients. **Headache**. 1994. 30:514-519
36. OSTERHAUS, 1994 OSTERHAUS J.; STANG PE, **Impact of migraine in the United States**: Data from the national Health Interview survey. *Headache* 1994;33:29-35.
37. PEREIRA, JCR; STUGINSKY, LA; RIBEIRO, TVM; Assesment of a strategy for the control of respiratory diseases in children. *Rev Saúde Pública*, 2002, v26, n 6:92.

38. PEREIRA, LV & FALEIROS SOUSA,FAE. Estimação em categorias dos descritores da dor pós-operatória. *Rev Latino-Am. enfermagem* ,1998. v6. N4, p 41-48.
39. POLIT; DF; HUNGLER, BP, **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3ª edição. Porto Alegre. Cortez Ed. 1995
40. PRYSE-PHILLIPS, W; FINDLAY, H; MURRAY, NRF. Canadian population survey on the clinical, epidemiologic and societal impact of migraine ant tension-type headache. **Can J Neurol Sci**. 1992; 19:333-39
41. QUEIROZ, LP; RAPOPORT, AM; SHEFTELL, FD. Caracterisiticas clinicas da enxaqueca sem aura. **Arq Neuropsiquiart**, 1998; 56(1): 78-82
42. RASMUSSEN, Epidemiology of headache. **Cephalagia**. 1995. v 15, p.45-68
43. RASMUSSEN BK. Epidemiology of headache in Europe. In Olesen J Headache classification and epidemiology. **New York**: Raven Press, 1994:231-237.
44. ROZEN, TD; SWANSON, JW; STANG, PE. Icreasing incidence of medically recognized migraine headache in a United States population. **Neurology**, 1999. v 53, p 1468-1473. 1999
45. SCHWARTZ, BS; STEWART, WF, LIPTON, RB. Lost workdays and decreased work effectiveness associated with headache in the workplace. **JOEM**. 1997; 34:320-27
46. SALTARELI, S; ZAMBRANO, E; HORTENSE, P; FALEIROS SOUSA, FAE. Caracterização da dor: artrite reumatóide X fibromialgia. **Rev. Dor**. 2004: 5(4): 395-399.

47. SANVITO WL, MONZILLO PH, PERES MF, et al.. The epidemiology of migraine in medical students. **Headache** 1996;36:316-319.
48. SCHER, AI; STEWART, WF. LIPTON, RB. Prevalence of frequent headache in a population sample. **Headache**, 1998. v 38, p 497-506.
49. SERRANO-DUEÑAS,M. Cefalea tipo tensional crônica y depresión. **Rev Neurol**. 2000; 30:822-826
50. SILBERSTEIN SD, LIPTON RB. Headache epidemiology: emphasis on migraine. **Neurol Clin** 1996;14:421-434.
51. SILBERSTEIN, LIPTON RN; SOLOMON, S. Classification of daily and near daily headaches: proposed revisions to the HIS classification. **Headache**. 1998 v 34, p 17-27.
52. SILVA JUNIOR, HM, GARBELINI, RP. Estudos de qualidade de vida relacionada à saúde em cefaléia. **Cefaléias**. Lemos Editorial, São Paulo. 2002
53. SILVA JUNIOR, HM. **Cefaléia e qualidade de vida**. Utilização do SF-36 em uma amostra de funcionários de um hospital brasileiro. Ribeirão Preto, Dissertação de Mestrado. 2001.117 p.
54. SOLOMON GD, KUNKEL, RS. Demographics of headaches in the elderly patients. **Headache**. 1985; 25 (2): 85-89.
55. SOUZA, J. A ; FILHO, PFM; JEVOUX, CC; BRITO CM; SARMENTO, EM. Cefaléia em pacientes jovens e idosos ambulatoriais. **Migrêneas cefaléias**, 2003. v6,n3mp.100-103
56. STERWART, WF; SIMON D.; LIPTON RB. Population variation in migraine prevalence: a meta-analysis. **J Clin epidemiol**. 1993; 48:269-280

57. STEWART WF, LIPTON RB, CELENTANO D. **Prevalence of migraine headache in the United States**. Relation to age, income, race and other sociodemographic factors. *JAMA* 1992;267:64-69.
58. TERWINDT, GM, FERRARI, MD; OICAVET, HSJ. The impact of migraine on quality of life in the general population. The GEM study. **Neurology**, 2000, v 55, p 624-629.
59. VALDERRABANO, 2001 Valderrábano F, Jofre R, López-Gómez JM. Quality of life in end-stage renal disease patients. **Am J Kidney Dis** 2001; 38:443-64 .
60. VINCENT, M; RODRIGUES, AJ; OLIVEIRA, GV; SOUZA, KF. Prevalência e custos indiretos das cefaléias em uma empresa brasileira. **Arq Neuropsiquiatr** 1998; 56(4): 734-743
61. VON KORFF MR; STANG PE. **Prediction of psychosocial and behavioral outcomes of headache**. In: Headache Classification and Epidemiology (Olesen J ed). New York: **Raven Press Ltd**, 1994; p367-371.
62. WARE & SHERBOURNE, The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): Conceptual framework and item selection. *Med Care*, 1992, v 30, p 473-83.
63. ZÉTOLA, V. H; NOVAK, EM; LUIZ, A. ; BRANCO, B. O.; SATO, B. K; NITA, C.S.; BBNA, MH; PRADO, R DE A.; WERNECK, L C. Headache incidence in a hospital community: Incidência de cefaléia em uma comunidade hospitalar. *Arq. Neuropsiquiatr*. V. 56 (3B), p 559-64, 1998.
64. ZUKERMAN, E. Cefaléia tipo tensional, Cefaléias. Lemos Editorial, São Paulo, 2002.

Anexos

ANEXO 1

Termo de consentimento informado

1. Investigadora: Renata Alessandra Evangelista
2. Título da pesquisa: “Avaliação da qualidade de vida em mulheres que apresentam cefaléia”.
3. Nome do participante: _____

Compreendo que fui convidado a participar como voluntário de uma pesquisa com o título provisório de “Avaliação da qualidade de vida em mulheres que apresentam migrânea”. O objetivo deste estudo é determinar a intensidade da dor nas mulheres que apresentam cefaléia; caracterizar a dor sentida pelas mulheres portadoras de cefaléia; e avaliar a qualidade de vida das mulheres que apresentam cefaléia;

Estou ciente que responderei um questionário nesta pesquisa. Não será cobrado nada pela minha participação assim como não haverá remuneração financeira pela minha participação neste estudo.

Estou ciente de que as informações resultantes desta pesquisa serão identificadas por números de código. A chave conectando os nomes aos números será guardada em local separado e seguro, não sendo utilizados os nomes e garantindo o anonimato aos participantes.

Estou ciente que poderei pedir mais informações à autora a respeito do estudo a qualquer momento.

Compreendo que minha participação é voluntária, e que posso recusar a participação, ou retirar meu consentimento ou descontinuar minha participação a qualquer momento, sem que isto prejudique minha situação como aluno/funcionário desta Faculdade.

Declaro que apresentei para _____ o objetivo deste trabalho e os questionários a serem respondidos nesta pesquisa da melhor maneira que pude.

____/____/____

Renata Alessandra Evangelista

Confirmo que Renata Alessandra Evangelista explicou-me o objetivo desta pesquisa, o questionário que terei de responder e como fazê-lo. As alternativas para a minha participação também foram discutidas. Eu li e compreendi este formulário de consentimento. Portanto concordo em dar meu consentimento para participar como voluntário desta pesquisa.

____/____/____

ANEXO 2

QUESTIONÁRIO DE CEFALÉIA

PROTOCOLO DE CEFALÉIA

Nome: _____ Idade: _____

Setor em que trabalha _____ Cargo: _____

1. Apresentou cefaléia nos últimos seis meses?☐ sim☐ não**2. Tipos de dor**☐ 1 tipo☐ dois tipos☐ mais de dois tipos**3. Lateralização**☐ unilateral☐ variável☐ bilateral**4. Topografia**☐ holocraniana☐ frontal☐ parietal☐ temporal☐ cervical☐ occipital☐ nuca☐ face☐ retroorbitária☐ outra. Especificar: _____**5. Caráter**☐ pulsátil☐ peso☐ aperto/pressão☐ choque☐ queimação☐ pontada☐ outra. Especificar: _____

6. Duração do sintoma (duração mais freqüente quando não usa analgésico ou quando este não faz efeito)

- ☐ segundos a poucos minutos
- ☐ menos de 30 minutos
- ☐ 30 min – 3 horas
- ☐ 4 – 6 horas
- ☐ 7 – 12 horas
- ☐ 13 – 24 horas
- ☐ 25 – 72 horas ☐ 3 a 7 dias

7. Frequencia da dor

- ☐ 1 a 3 dias/mês
- ☐ 4 a 7 dias/mês
- ☐ 8 a 14 dias/mês
- ☐ 15 ou mais dias/mês
- ☐ 1 a 11 dias/ano
- ☐ diária

8. Intensidade

- ☐ leve (não limita atividades diárias)
- ☐ moderada (limita, mas não impede atividades diárias)
- ☐ grave (impede atividades diárias)

9. Sintomas associados (não considerar sintomas de aura, se houver)

- ☐ náuseas
- ☐ vômitos
- ☐ fotofobia
- ☐ fonofobia
- ☐ nenhum
- ☐ outro. Especificar: _____

10. Sintomas de aura

- ☐ ausente
- ☐ sintomas visuais
- ☐ sintomas sensitivos
- ☐ vertigem
- ☐ sintomas motores
- ☐ alteração da consciência
- ☐ outro. Especificar: _____

11. A dor é agravada por esforço físico habitual?

() sim

() não

12. Se você pudesse dar uma nota de 1 a 10 para a sua dor de cabeça, qual seria? (lembre-se que 1 seria a dor mais fraca e 10 seria a pior dor que você pudesse sentir).

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13. Nos últimos seis meses, se você pudesse dar uma nota para o quanto a sua dor de cabeça interferiu em suas atividades diárias, onde 0 seria nenhuma interferência e 10 seria a incapacidade de realizá-las quando você estivesse com dor. Qual seria?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14. Nos últimos seis meses, se você pudesse dar uma nota para o quanto a sua dor de cabeça interferiu em suas atividades de lazer, sociais e familiares, onde 0 seria nenhuma interferência e 10 seria a extrema interferência quando você estivesse com dor. Qual seria?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15. Nos últimos seis meses, se você pudesse dar uma nota para o quanto a sua dor de cabeça redução na sua capacidade de trabalhar, onde 0 seria nenhuma redução e 10 seria a incapacidade de trabalhar, qual seria?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

INTERROGATORIO SOBRE MOLESTIAS PREVIAS

A) O senhor ou a senhora sofre de algum dos seguintes problemas de saúde?

- () pressão alta
- () diabetes
- () doença do coração
- () doença do pulmão
- () dores nas costas freqüentes
- () ulcera ou gastrite
- () asma ou bronquite
- () câncer ou outras doenças graves

ANEXO 2.1

Classificação das Cefaléias

Migrânea

**1.1 Migrânea sem
aura 1.2.**

**Migrânea com
aura**

1.2.1. Migrânea com aura típica

1.2.2. Migrânea com aura prolongada

1.2.3. Migrânea hemiplégica familiar

1.2.4. Migrânea basilar

1.2.5. Aura de migrânea sem cefaléia

1.2.6. Migrânea com aura de instalação aguda

1.3. Migrânea oftamoplégica

1.4. Migrânea retiniana

1.5. Síndromes periódicas da infância que podem ser precursoras ou podem estar associadas à migrânea.

1.5.1. Vertigem paroxística benigna da infância

1.5.2. Hemiplegia alternante da infância

1.6. Complicações da migrânea

1.6.1 .Estado migranoso

1.6.2. Infarto migranoso

1.7. Distúrbio migranoso que não preenche os critérios acima

Cefaléia tipo tensional

2.1.Cefaléia tipo tensional episódica

2.1.1.Cefaléia tipo tensional episódica associada a distúrbios dos músculos pericranianos.

2.1.2.Cefaléia tipo tensional episódica não associada a distúrbios dos músculos pericranianos.

2.2.Cefaléia tipo tensional crônica

2.2.1.Cefaléia tipo tensional crônica associada a distúrbios dos músculos pericranianos.

2.2.2.Cefaléia tipo tensional crônica não associada a distúrbios dos músculos pericranianos.

2.3.Cefaléia tipo tensional que não preenche os critérios acima.

Cefaléias em Salvas e Hemicrania Paroxística Crônica

3.1 .Cefaléia em salvas

3.1.1.Cefaléia em saívas de periodicidade indeterminada

3.1.2.Cefaléia em salvas episódica

3.1.3.Cefaléia em salvas crônica

3.1.3.1 .Sem remissões desde a instalação

3.1.3.2.Proveniente da episódica

3.2.Hemicrania paroxística crônica

3.3.Distúrbio semelhante à cefaléia em salvas que não preenche os critérios acima.

4. Cefaléias diversas não associadas a lesões estruturais

4.1 .Cefaléia idiopática em facada

4.2.Cefaléia por compressão externa

4.3.Cefaléia por estímulo frio

4.3.1.Aplicação externa de estímulo frio

4.3.2.Ingestão do estímulo frio

4.4.Cefaléia benigna da tosse

4.5.Cefaléia benigna do esforço

4.6.Cefaléia associada à atividade sexual

4.6.1.Tipo peso

4.6.2.Tipo explosivo

4.6.3.Tipo postural

5. Cefaléia associada a trauma de crânio

5.1.Cefaléia pós-traumática aguda

5.1.1. Com trauma de crânio significativo e/ou sinais comprobatórios

5.1.2. Sem trauma de crânio significativo e sem sinais comprobatórios

5.2.Cefaléia pós-traumática crônica

5.2.1. Com trauma de crânio significativo e/ou sinais comprobatórios

5.2.2. Sem trauma de crânio significativo e sem sinais comprobatórios

6. Cefaléia associada a doenças vasculares

6.1 .Doença vascular isquêmica aguda

6.1.1. Ataque isquêmico transitório (AIT)

6. 1.2. Episódio esquêmico tromboembólico

6.2.Hematoma intracraniano

6.2.1. Hematoma intracerebral

6.2.2. Hematoma subdural

- 6.2.3. Hematoma epidural
- 6.3. Hemorragia subaracnóide
- 6.4. Mal formação vascular não rota
 - 6.4.1. Malformação arteriovenosa
 - 6.4.2. Aneurisma sacular
- 6.5. Arterite
 - 6.5.1. Arterite de células gigantes
 - 6.5.2. Outras arterites sistémicas
 - 6.5.3. Arterite intracraniana primária
- 6.6. Dor da artéria carótida ou da artéria vertebral
 - 6.6.1 . Dissecção de carótida ou vertebral
 - 6.6.2. Carotidínea (idiopática)
 - 6.6.3. Cefaléia pós-endarterectomia
- 6.7. Trombose venosa
- 6.8. Hipertensão arterial
 - 6.8.1. Resposta pressórica aguda a agente exógeno
 - 6.8.2. Feocromocitoma
 - 6.8.3. Hipertensão maligna (acelerada)
 - 6.8.4. Pré-eclâmpsia e eclâmpsia
- 6.9. Cefaléia associada a outro distúrbio vascular
- 7. Cefaléia associada a outros distúrbios intracranianos não vasculares
 - 7.1. Pressão liquórica elevada
 - 7.1.1. Hipertensão intracraniana benigna
 - 7.1.2. Hidrocefalia de pressão elevada

7.2. Pressão liquórica baixa

7.2.1. Cefaléia pós-punção lombar

7.2.2. Cefaléia por fistula liquórica

7.3. Infecção intracraniana

7.4. Sarcoidose intracraniana e outras doenças inflamatórias não infecciosas

7.5. Cefaléia associada a injeção intratecal

7.5.1. Efeito direto

7.5.2. Devido à meningite química

7.6. Neoplasia intracraniana

7.7. Cefaléia associada a outro distúrbio intracraniano

8. Cefaléia associada à substâncias ou sua retirada

8.1. Cefaléia induzida por exposição ou uso agudo de substância

8.1.1. Cefaléia induzida por nitrato/nitrito

8.1.2. Cefaléia induzida por glutamato monossódico

8.1.3. Cefaléia induzida por monóxido de carbono

8.1.4. Cefaléia induzida por álcool

8.1.5. Outras substâncias

8.2. Cefaléia induzida por exposição ou uso crônico de substância

8.2.1. Cefaléia induzida por ergotamina

8.2.2. Cefaléia por abuso de analgésicos

8.2.3. Outras substâncias

8.3. Cefaléia por retirada de substância (uso agudo)

8.3.1. Cefaléia por supressão de álcool (ressaca)

8.3.2. Outras substâncias

8.4. Cefaléia por abstinência de substância (uso crônico)

8.4.1. Cefaléia por supressão de ergotamina

8.4.2. Cefaléia por supressão de cafeína

8.4.3. Cefaléia por abstinência de narcóticos

8.4.4. Outras substâncias

8.5. Cefaléia associada a outras substâncias mas com mecanismo incerto

8.5.1. Pílulas anticoncepcionais ou estrógenos

8.5.2. Outras substâncias

9. Cefaléia associada a infecção não cefálica

9.1. Infecção virai

9.1.1. Não cefálica focal

9.1.2. Sistémica

9.2. Infecção bacteriana

9.2.1. Não cefálica focal

9.2.2. Sistémica

9.3. Cefaléia associada a outra infecção

10. Cefaléia associada a distúrbio metabólico

10.1. Hipóxia

10.1.1. Cefaléia em altitude elevada

10.1.2. Cefaléia da hipóxia

10.1.3. Cefaléia da apnéia do sono

10.2. Hipercapnia

10.3. Associação de hipóxia e hipercapnia

10.4. Hipoglicemia

10.5. Diálise

10.6. Cefaléia associada a outros anormalidades metabólicas

Cefaléia ou dor facial associada a distúrbio do crânio, pescoço, olhos, treinas, seios paranasais, dentes ou a outras estruturas faciais ou cranianas

11.1. Osso craniano

11.2. Pescoço

11.2.1. Coluna cervical

11.2.2. Tendinite retrofaríngea

11.3. Olhos

11.3.1. Glaucoma agudo

11.3.2. Erros de refração

11.3.3. Heteroforia ou heteropria

11.4. Orelhas

11.5. Nariz e seios paranasais

11.5.1. Cefaléia da sinusite aguda

11.5.2. Outras doenças do nariz ou dos seios paranasais

11.6. Dentes, mandíbulas e estruturas relacionadas

11.7. Doenças da articulação têmporo-mandibular

Neuralgias cranianas, dor de tronco nervoso e dor de deaferentação

12.1. Dor persistente com origem em nervo craniano (em contraste com a dor da nevralgia do trigêmeo)

12.1.1. Compressão ou distorção de nervos cranianos e de segunda ou terceira raízes cervicais

12.1.2. Desmielinização de nervos
cranianos 12.1.2.1. Desmielinização
de nervos cranianos 12.1.2.3.

Infarto de nervos cranianos

12.1.3.1. Neurite diabética 12.1.4.

Inflamação de nervos cranianos

12.1.4.1. Herpes zoster

12.1.4.2. Neuralgia pós herpética crónica

12.1.5. Síndrome de Tolosa-Hunt

12.1.6. Síndrome do pescoço-Kngua

12.1.7. Outras causas de dor persistente com origem em nervo craniano

12.2. Neuralgia trigeminal

12.2.1. Neuralgia trigeminal
idiopática 12.2.2. Neuralgia
sintomática trigeminal

12.2.2.1. Compressão da raiz ou do gânglio trigeminal

12.2.2.2. Lesão central

12.3. Neuralgia do glossofaríngeo

12.3.1. Neuralgia idiopática do glossofaríngeo

12.3.2. Neuralgia sintomática do glossofaríngeo

12.4. Neuralgia do intermédio

12.5. Neuralgia do laringeo superior

12.6. Neuralgia occipital

12.7. Causas centrais de dor cefálica ou facial que não a neuralgia trigeminal

12.7.1. Anestesia dolorosa

12.7.2. Dortalâmica

12.8. Dor facial que não preenche os critérios dos grupos 11 ou 12

13. Cefaléia não classificável

ANEXO 2.2

Critérios propostos por Silberstein et al (1994) para diagnóstico de Migrânea Transformada

A . Cefaléia diária ou quase diária (> 15 dias por mês) por mais de 1 mês.

B . Cefaléia dura em média mais de 4 horas por dia, se não tratada.

C . Ao menos 1 dos que se seguem:

História de migrânea que preencha os critérios da Sociedade Internacional de Cefaléia (SIC) 1.1 a 1.6;

História de aumento da frequência da cefaléia com decréscimo da intensidade das características migranosas ao longo dos 3 últimos meses;

A cefaléia preenche, algumas vezes, os critérios para migrânea 1,1 a 1.6, exceto a duração.

D-. A cefaléia não preenche critérios para cefaléia diária persistente de novo (4.7) ou hemicrania contínua (4.8).

E . Ao menos 1 dos que se seguem:

Não se sugere alguma das patologias listadas nos grupos 5 a 11;

Algumas dessas desordens é sugerida, mas é descartada por investigações apropriadas;

Alguma dessas desordens está presente, mas o primeiro ataque migranoso não ocorre em estreita relação temporal com a mesma.

ANEXO 3

Nome:.....Idade:.....

Data:...../...../..... Tipo de experimento: estimaco de categorias

INSTRUES

Este experimento tomar 15 minutos ou menos de seu tempo, e você estará colaborando coma realização deste estudo. Um registro dos resultados, se isto ocorrer, não identificar qualquer um que dele participar. A tarefa que você ira realizar não  difícil de se completada. Todavia, se em algum momento você desejar interromper o experimento, avise-nos e ele será interrompido e encerrado.

Estamos interessados em estudar como você, avalia através de adjetivos a dor sentida no período da migrânea. Sua tarefa será dar uma nota, a qual variar de 1 a 7, a cada adjetivo em função do grau de definição da dor sentida. D ao adjetivo de maior intensidade de definição em relação à dor que está sentido nesse momento a nota máxima de 7 e ao de menor intensidade de definição, a nota mínima de 1.

As outras notas intermediárias de 2 a 6 deverão ser utilizadas para indicar graus intermediários de intensidade de definição de dor sentida na migrânea. Leia atentamente as definies dos adjetivos (descritores) na pagina seguinte.

Alguma dvida? Caso tenha, esclarea verbalmente.

Nossos agradecimentos

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Idade: _____ anos.

Profissão: _____ Curso _____

DESCRIPTORIOS DE DOR – Estimação de categorias

1. ANIQUILADORA

DEFINIÇÃO: 1. Que reduz a nada; que nulifica; anula. 2. Que destrói; mata; extermina..

NOTA: | | | | | | | |

1 2 3 4 5 6 7

2. ALUCINANTE

DEFINIÇÃO: 1. Que alucina; que faz perder o tino; a razão; o entendimento; alucinatório. 2. Estonteante.

NOTA: | | | | | | | |

1 2 3 4 5 6 7

3. COLOSSAL

DEFINIÇÃO: 1. Que tem proporção de colosso. 2. Enorme; agigantada. 3. Imensurável; incomensurável; vastíssima. 4. Extraordinária; prodigiosa.

NOTA: | | | | | | | |

1 2 3 4 5 6 7

4. FULMINANTE

DEFINIÇÃO: 1. Que fulmina; despede raios; fulminadora. 2. Que assombra. 3. Cruel; terrível; atroz.

NOTA: | | | | | | | |

1 2 3 4 5 6 7

5. INSUPORTÁVEL

DEFINIÇÃO: 1. Não suportável; intolerável. 2. Incômoda; molesta.

NOTA: | | | | | | | |

1 2 3 4 5 6 7

6. DILACERANTE

DEFINIÇÃO: 1. Que dilacera. 2. Que tortura; aflitiva; cruel.

NOTA: | | | | | | | |

1 2 3 4 5 6 7

7. ENLOUQUECEDORA

DEFINIÇÃO: 1. Que endoidece; que torna louca; que faz perder a razão.

NOTA: | | | | | | | |

1 2 3 4 5 6 7

8. DESUMANA

DEFINIÇÃO: 1. Que não é humana; ferina; bestial; desnaturada. 2. Que denota desumanidade; bárbara; cruel..

NOTA: | | | | | | | |

1 2 3 4 5 6 7

9. DESESPERADORA

DEFINIÇÃO: 1. Que desespera; que faz desesperar; desesperante; desesperativa. 2. Aquela que faz desesperar.

NOTA: | | | | | | | |

1 2 3 4 5 6 7

10. TERRÍVEL

DEFINIÇÃO: 1. Que infunde ou causa terror; terrificante. 2. Extraordinária; estranha. 3. Muito grande; enorme. 4. Muito ruim; péssima.

NOTA: | | | | | | | |

1 2 3 4 5 6 7

11. INTENSA

DEFINIÇÃO: 1. Forte; impetuosa. 2. Dura; árdua; penosa. 3. Violenta; rude; excessiva.

NOTA: | | | | | | | |

1 2 3 4 5 6 7

12. BRUTAL

DEFINIÇÃO: 1. Próprio de bruto; da natureza do bruto. 2. Cruel; desumana; bárbara. 3. Impiedosa; violenta. 4. Medonha; terrível.

NOTA: | | | | | | | |

1 2 3 4 5 6 7

13. MONSTRUOSA

DEFINIÇÃO: 1. Que tem a conformação de monstro.

NOTA: | | | | | | | |

1 2 3 4 5 6 7

14. QUE CEGA

DEFINIÇÃO: 1. Que faz perder a razão; que faz alucinar-se.

NOTA: | | | | | | | |

1 2 3 4 5 6 7

15. TREMENDA

DEFINIÇÃO: 1. Terrível. 2. Fora do comum; extraordinária.

NOTA: | | | | | | | |

1 2 3 4 5 6 7

16. DESASTROSA

DEFINIÇÃO: 1. Em que há; ou que produz acontecimento calamitoso, especialmente o que ocorre de súbito e ocasionando grande dano ou prejuízo.

NOTA: | | | | | | | |

1 2 3 4 5 6 7

17. DESGRAÇADA

DEFINIÇÃO: 1. De má sorte. 2. Miserável. 3. Desprezível.

NOTA: | | | | | | | |

1 2 3 4 5 6 7

18. ESMAGADORA

DEFINIÇÃO: 1. Que esmaga. 2. Opressiva; tirânica. 3. Indiscutível; irretorquível; irrefutável.

NOTA: | | | | | | | |

1 2 3 4 5 6 7

19. DESAGRADÁVEL

DEFINIÇÃO: 1. Que desagrade; não agradável.

NOTA: | | | | | | | |

1 2 3 4 5 6 7

20. QUE ESPALHA

DEFINIÇÃO: 1. Que lança para diferentes lados; dispersa. 2. Que difunde; irradia. 3. Que se propaga.

NOTA: | | | | | | | | |
 1 2 3 4 5 6 7

21. EXAGERADA

DEFINIÇÃO: 1. Em que há exageração. 2. Que exagera. 3. Excessiva.

NOTA: | | | | | | | | |
 1 2 3 4 5 6 7

22. EXCESSIVA

DEFINIÇÃO: 1. Que é em excesso; exagerada; demasiada; desmedida.

NOTA: | | | | | | | | |
 1 2 3 4 5 6 7

23. CASTIGADORA

DEFINIÇÃO: 1. Que ou aquela que castiga.

NOTA: | | | | | | | | |
 1 2 3 4 5 6 7

24. ATERRORIZANTE

DEFINIÇÃO: 1. Que enche de terror, que faz medo.

NOTA: | | | | | | | |

1 2 3 4 5 6 7

25. MALDITA

DEFINIÇÃO: 1. Amaldiçoada. 2. Pernicioso; funesta. 3. Muito má; maligna.

NOTA: | | | | | | | |

1 2 3 4 5 6 7

26. AMEDRONTADORA

DEFINIÇÃO: 1. Que ou aquela que mete medo; assusta; aterroriza.

NOTA: | | | | | | | |

1 2 3 4 5 6 7

27. APAVORANTE

DEFINIÇÃO: 1. Que apavora; que causa pavor; espanto.

NOTA: | | | | | | | |

1 2 3 4 5 6 7

28. ATORMENTADORA

DEFINIÇÃO: 1. Que ou aquela que tortura; suplicia, flagela; angustia; mortifica; aflige.

NOTA: | | | | | | | |

1 2 3 4 5 6 7

29. FORTE

DEFINIÇÃO: 1. Que tem força; vigor. 2. Intensa; violenta. 3. Viva; ativa.

NOTA: | | | | | | | |

1 2 3 4 5 6 7

30. DOLOROSA

DEFINIÇÃO: 1. Que produz dor; dolorífica. Dorida.

NOTA: | | | | | | | |

1 2 3 4 5 6 7

31. PAVOROSA

DEFINIÇÃO: 1. Que infunde pavor. 2. Medonha; horrível; horrorosa.

NOTA: | | | | | | | |

1 2 3 4 5 6 7

32. TORTURANTE

DEFINIÇÃO: 1. Que tortura; que atormenta; torturadora; aflitiva; angustiante.

NOTA: | | | | | | | |

1 2 3 4 5 6 7

33. ABORRECÍVEL

DEFINIÇÃO: 1. Que pode ou deve causar aborrecimento ou horror; digna de horror; detestável; execrável; abominável; aborrecida; aborrecedora.

NOTA: | | | | | | | |

1 2 3 4 5 6 7

34. AGRESSIVA

DEFINIÇÃO: 1. Que agride; envolve ou denota agressão.

NOTA: | | | | | | | |

1 2 3 4 5 6 7

35. DEPRIMENTE

DEFINIÇÃO: 1. Que deprime; depressiva; depressora.

NOTA: | | | | | | | |

1 2 3 4 5 6 7

36. DESCONFORTÁVEL

DEFINIÇÃO: 1. Não confortável; inconfortável.

NOTA: | | | | | | | |

1 2 3 4 5 6 7

37. DESESPERADORA

DEFINIÇÃO: 1. Que desespera; que faz desesperar; desesperante; desesperativa. 2. Aquela que faz desesperar.

NOTA: | | | | | | | |

1 2 3 4 5 6 7

38. DESESTIMULANTE

DEFINIÇÃO: 1. Que desestimula; desestimuladora.

NOTA: | | | | | | | |

1 2 3 4 5 6 7

39. DESTRUIDORA

DEFINIÇÃO: 1. Que destroi; destruidora; destrutiva. 2. Aquela que destrói.

NOTA: | | | | | | | |

1 2 3 4 5 6 7

40. DEVASTADORA

DEFINIÇÃO: 1. Que ou aquela que destrói; assola. 2. Danifica; arruina.

NOTA: | | | | | | | |

1 2 3 4 5 6 7

41. ANGUSTIANTE

DEFINIÇÃO: 1. Que angustia; angustiosa.

NOTA: | | | | | | | |

1 2 3 4 5 6 7

42. ASSUSTADORA

DEFINIÇÃO: 1. Que assusta; assustosa.

NOTA: | | | | | | | |

1 2 3 4 5 6 7

43. PREJUDICIAL

DEFINIÇÃO: 1. Que prejudica; nociva; lesiva.

NOTA: | | | | | | | |

1 2 3 4 5 6 7

44. TERRÍVEL

DEFINIÇÃO: 1. Que infunde ou causa terror; terrificante. 2. Extraordinária; estranha. 3. Muito grande; enorme. 4. Muito ruim; péssima.

NOTA: | | | | | | | |

0 1 2 3 4 5 6

45. PERSISTENTE

DEFINIÇÃO: 1. Que é constante; que continua; prossegue; insiste. 2. Que permanece; que se mantém; que persevera.

NOTA: | | | | | | | |

1 2 3 4 5 6 7

46. IMPRESSIONANTE

DEFINIÇÃO: 1. Que impressiona; produz sensação de estranheza; chama a atenção; abala; toca.

NOTA: | | | | | | | |

1 2 3 4 5 6 7

47. SUFOCANTE

DEFINIÇÃO: Que sufoca; sufocadora, sufocativa.

NOTA: | | | | | | | |

1 2 3 4 5 6 7

48. COMO CHOQUE

DEFINIÇÃO: Como sensação produzida por carga elétrica.

NOTA: | | | | | | | |

1 2 3 4 5 6 7

49. LATEJANTE**DEFINIÇÃO:** Que pulsa; palpita.**NOTA:** | | | | | | | |

0 1 2 3 4 5 6

50. TERRIFICANTE**DEFINIÇÃO:** Que terrifica; terrífica, terrível.**NOTA:** | | | | | | | |

1 2 3 4 5 6 7

51. ESPALHADA**DEFINIÇÃO:** Que se espalhou. Separada; intervalada; dispersa. Derramada.
Difundida; divulgada; propalada.**NOTA:** | | | | | | | |

1 2 3 4 5 6 7

ANEXO 4

SF-36 (Short-Form Health Survey)

INSTRUÇÕES

Nosso estudo busca mensurar a qualidade de vida das mulheres que apresentam cefaléia na tensão pré-menstrual.

A cefaléia pode causar profundas alterações emocionais e no estilo de vida, que levam os pacientes a desenvolver estratégias de lidar com a moléstia. Ela diminui significativamente a qualidade de vida não somente durante os ataques como nas remissões quando ansiedade medo e incerteza contribuem para uma gradual retirada da maioria dos contatos sociais.

Portanto a mensuração da qualidade de vida no meio clínico têm desafiado os pesquisadores a considerarem a multidimensionalidade dessa complexa experiência.

Adiante segue um questionário contendo vários itens que estão relacionados com a sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Todavia, se em algum momento você desejar interromper o questionário, avise-nos e ele será encerrado.

Nossos agradecimentos.

**QUESTIONÁRIO GENÉRICO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA
(SF-36)**

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

SF1. Em geral, você diria que sua saúde é: (circule uma)

- . Excelente.....1
- . Muito boa.....2
- . Boa.....3
- . Ruim.....4
- . Muito ruim.....5

SF2. Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

(Circule uma)

Muito melhor agora do que a um ano atrás	1
Um pouco melhor agora do que a um ano atrás	2
Quase a mesma coisa de um ano atrás	3
Um pouco pior agora do que há um ano atrás	4
Muito pior agora do que há um ano atrás	5

SF3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto? (circule um número em cada linha)

Atividades	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta um pouco	Não. Não dificulta de modo algum.
a. Atividades vigorosas , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3

b. Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c. Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d. Subir vários lances de escada	1	2	3
e. Subir um lance lances de escada	1	2	3
f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g. Andar mais de um quilômetro	1	2	3
h. Andar vários quarteirões	1	2	3
i. Andar um quarteirão	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

SF4. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência da sua saúde física? (circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d. Teve dificuldades de fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex.: necessitou de um esforço extra)?	1	2

SF5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)? (circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

SF6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo?(circule uma)

. De forma nenhuma.....1

- . Ligeiramente.....2
- . Moderadamente.....3
- . Bastante.....4
- . Extremamente.....5

SF7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas? (circule uma)

- . Nenhuma.....1
- . Muito leve.....2
- . Leve.....3
- . Moderada.....4
- . Grave.....5
- . Muito grave.....6

SF8. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)?

(circule uma)

- . De forma nenhuma.....1
- . Um pouco.....2
- . Moderadamente.....3
- . Bastante.....4
- . Extremamente.....5

SF9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxima da maneira como você se sente. Em relação as últimas 4 semanas: (circule um número em cada linha)

	Todo temp	A maior parte do	Uma boa	Alguma parte do	Uma pequena	nunc a
--	--------------	---------------------	------------	--------------------	----------------	-----------

	o	tempo	parte do tempo	tempo	parte do tempo	
a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

SF10. Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

(circule uma)

- . Todo o tempo.....1
- . A maior parte do tempo.....2
- . Alguma parte do tempo.....3
- . Uma pequena parte do tempo.....4
- . Nenhuma parte do tempo.....5

SF11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você? (circule um número em cada linha)

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeira	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
--	----------------------------	--------------------------------	---------	---------------------------	-----------------------

				falsa	
a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c. Eu acho que minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS DE MINAS - UNIPAM

Credenciado pelo Decreto nº 41.744 de 06/07/01

MANTIDO PELA FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE PATOS DE MINAS - FEPAM
AGREGADA À UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MINAS GERAIS - UEMG

Patos de Minas, 08 de setembro de 2005

Ofício nº 02/2005

CEP/SPC

Prezada Senhora:

O trabalho intitulado "Mensuração da qualidade de vida das mulheres que apresentam enxaqueca" foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 8ª Reunião Ordinária, realizada em 20 de agosto de 2005, e enquadrado na categoria APROVADO, de acordo com o Processo UNIPAM nº 24/2005.

Aproveito a oportunidade para apresentar a Vossa Senhoria protestos de estima e consideração.

PROF. LUIZ HENRIQUE SANTOS

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa do UNIPAM

Ilustríssima Senhora

RENATA ALESSANDRA EVANGELISTA

Faculdade de Ciências da Saúde – FACISA
Em mãos